Aos médicos, psicólogos, pedagogos, assistente espiritual e auxiliares, que integram a equipe pioneira da

Terapia de Integração Pessoal

Renate Jost de Moraes

As Chaves do Inconsciente

9ª EDIÇÃO

(Revista)

AGIR

Coordenação editorial: Regina Lemos Produção: Roberto Gentile Revisão: Eduardo de Abreu e Lima e José Tedin Pinto Capa: Helmut G. Jost Editoração eletrônica: TopTextos Edições Gráficas Ltda. Impressão: Gráfica Portinho Cavalcanti

CIP-Brasil. Cataiogação-na-fonte.

Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ.

Moraes, Renate Jost de M823c As chaves do inconsciente / Renate Jost de Moraes. — 9. ed. — Rio de Janeiro: 9. ed. -Agir, 1994.
336p.

Inclui bibliografia.

ISBN 85-220-0326-2

1. Subconsciente. 2. Psicologia. 3. Psicoterapia. I. Título.

CDD — 154.2
616.8914 CDU —
159.922
94-0603 615.851

AGIR

SEDE:
rua dos Inválidos 198 cep 20231-020 tel.: (021)221-6424 fax: (021)252-0410
caixa postal 3291 cep 20001-970 Rio de Janeiro, RJ

LOJA:
rua México 98-B cep 20031-141 tel.: (021)240-0881 Rio de Janeiro, RJ 9 10 11 12 13 98 97 96 95 94

ÍNDICE

PREFÁCIO..9
INTRODUÇÃO..................................... 17

I PARTE: O INCONSCIENTE

1.1Conceito de Inconsciente...........23
1.2Abordagem Direta e Indireta do Inconsciente 29
1.3Conflito Consciente x Inconsciente 36

1.4Registro e Memória Inconscientes 46
1.5A Memória Inconsciente de Várias Gerações54
1.6Propriedades Específicas do Inconsciente . . 61
1.7A Dimensão Antropológica do Inconsciente 68

II PARTE: O INCONSCIENTE NA FAMÍLIA

2.1...........A Criança e sua Percepção 85
2.2..........A Criança de Útero Materno 89
2.3...............A Criança na Concepção 98
2.4..........A Criança e seu Nascimento 105
2.5...........................A Infância 110
2.6.......................A Adolescência 117
2.7...A Criança e os Problemas Conjugais 125

III PARTE: O TRATAMENTO SOBRE O INCONSCIENTE

3.1.............O Tratamento da Criança .137
3.2..........O Tratamento do Adolescente 151
3.3 O Tratamento para o Reajustamento Conjugal 161
3.3.1.......................Motivação 161
3.3.2A Natureza dos Problemas Conjugais 166
3.3.3.................O Amor Conjugal 170
3.3.4.......O Relacionamento Conjugal 177
3.3.5........O Reajustamento Conjugal 186

IV PARTE: A TERAPIA DE INTEGRAÇÃO PESSOAL

4.1 Metodologia TIP...................201
4.1.1..............Processo Evolutivo 201
4.1.2 Embasamento Antropometodológico .213
4.1.3.....Conceito e Objetivos da TIP 220
4.2 As Etapas do Tratamento e os Pacientes da TIP.............................229
4.3 Processos e Pacientes Especiais ..236
4.3.1........Atendimentos Específicos 236
4.3.2............Pacientes Especiais 249
4.3.3 Pacientes no Processo Auxiliar 277
4.4A TIP e Outras Áreas do Conhecimento . . 285

CONCLUSÃO 297
GLOSSÁRIO....................................311
BIBLIOGRAFIA.................................325
CURRICULUM VITAE.............................335

PREFÁCIO

Existe a convicção genericamente pacífica de que o ser humano é um todo psicossomático e que o organismo físico ou o psiquismo não adoecem isoladamente. A interinfluência de uma área sobre a outra é contínua, gerando-se, muitas vezes, um círculo vicioso, que não permite a cura total do paciente, enquanto uma só dimensão é atendida.

Paradoxalmente, a Medicina e a Psicologia tendem sempre mais à especialização, isolando, em seus processos de atendimento a males físicos ou problemas psíquicos, campos gradativamente menores e mais restritos dentre a vasta sintomatologia queixada pelo paciente.

E adiante dessa incoerência entre o que o doente precisa e o que encontra, torna-se ele um joguete na busca interminável de soluções. Inicia uma jornada de passagens por médicos, psicólogos, especialistas, curandeiros, filosofias religiosas, alternando, depois, seu estado entre melhoras e pioras, sem conseguir atingir o pleno restabelecimento ou o seu bem-estar. No final desta caminhada, a escuta de respostas e orientações diversas e, às vezes, contraditórias deixa o doente confuso e desanimado, vagando sozinho com seus problemas, qual barco sem leme e sem rumo. Resta-lhe fechar-se sobre si mesmo, numa angustiante atitude de avaliação e julgamento de toda a chuva de opiniões recebidas e dos tratamentos que lhe foram receitados, para tentar formar, ele próprio, uma síntese diagnóstico-curativa sobre seu mal. Mas, como não o consegue, acaba por perder a

esperança de curar-se, desilude-se da ciência, da vida e de Deus, cai na apatia, no vazio, quando não se entrega à autodestruição progressiva.

É óbvio, portanto, que há muito se fazia necessária a criação de uma metodologia terapêutica de abrangência integral do ser humano. Mas qual o caminho, como conseguir esse objetivo?

Vários livros de Psiquiatria e Medicina Psicossomática apontam como ideal um trabalho de equipe entre os profissionais de diversas áreas, mas confessam a dificuldade encontrada na realização prática dessa meta. Não se questiona apenas a falta de boa vontade. A dificuldade consiste muito mais nas diferenças de enfoque e compreensão da natureza do ser humano. As abordagens de cada profissional são divergentes e assim as interpretações, os diagnósticos e os processos de terapia. Mesmo em equipe, as atuações das diversas áreas profissionais sobre o paciente não são conjugadas, mas paralelas. Ainda que em equipe, o paciente continua submetendo-se a dois ou três tipos de tratamento totalmente distintos. E quando há intercomunicação entre os profissionais de um só paciente, tal intercâmbio é muito mais informativo, não redundando em grandes modificações no método de atendimento, da parte de um ou outro profissional. Cada especialista mantém-se dentro de seu campo específico, o que é compreensível, justo e válido em muitos aspectos, mas pouco ajuda o paciente quando este necessita de uma visão globalizante para que possa ser atingido no núcleo etiológico de seus sofrimentos.

Origens e histórico de uma terapia psicossomática

De uma forma ou de outra, todo leitor já deve ter experimentado situações ou vivenciado circunstâncias que se encaixem nas considerações acima. Também nós as tivemos e tentaremos resumi- las agora, porque através delas pode-se observar uma linha de preocupação, de raciocínios e de observações que se desenvolveram num crescendo, para finalmente se concretizarem no método de terapia, que se tornou o objeto deste livro.

A situação-problema descrita, nós a observamos

pela primeira vez ao realizarmos um curso de enfermagem num hospital, junto a tuberculosos. Era a nossa primeira experiência profissional. Nossa função resumia-se em atender os pacientes, com uma medicação mínima, cuidar de suas necessidades e levá-los diariamente a uma área ensolarada, porque o sol era considerado importante na recuperação física desse mal. Embora o paciente também soubesse disso, não colaborava, não queria erguer-se para sair da cama. Todos os dias, mais pacientes eram considerados moribundos e levados para as saletas de “isolamento”, onde aguardavam a morte. Resolvemos mudar as condições desses pacientes. Iniciamos dispensando o jaleco especial e a máscara. Sentamo-nos em suas camas e ouvimos suas histórias pessoais. Procuramos dar-lhes ânimo, coragem e sentido de vida. Fizemos com eles planos de futuro e alguns trabalhos de terapia ocupacional. Pouco a pouco, os pacientes do “banho de sol” começaram a aumentar, o número de óbitos diminuiu e as recuperações se ampliaram.

Os médicos, bons e dedicados voluntários — uma vez que os pacientes eram indigentes —, observavam esses acontecimentos e compreenderam que a causa estava ligada à necessidade de um atendimento mais globalizante ao paciente. Na prática, no entanto, agir de acordo com essa compreensão significaria assumir mudanças muito radicais, até mesmo no atendimento médico. Essas modificações não poderiam ser feitas por diversos motivos. E tudo continuou como estava.

Na mesma época, outros episódios conduziram à observação sobre a força do psiquismo ou da atitude mental sobre o organismo. Assim, por exemplo, uma das pacientes crônicas, já de idade, de quem se tomava apenas a temperatura, diariamente, há quase dois anos, um dia foi esquecida. À tarde, estava ela com febre alta e chorava profundamente magoada. É que a tomada da temperatura era por ela compreendida como sendo um medicamento e valia, ainda, como atenção e carinho que, ao faltarem, geraram uma auto-agressão sobre o organismo, externada na forma de alteração da temperatura.

Esse e muitos outros fatos semelhantes levaram-nos, já na época, à reflexão de que as doenças são,

na realidade, causadas, em primeiro lugar, por um estado de insatisfação interna; e que este estado dispõe o organismo ao ataque de agentes externos, tais como bacilos, micróbios e outros. Achamos, por isso, que os pacientes deveriam ser atingidos num núcleo mais centralizante de seus males, que a *terapia deveria abordar simultaneamente o aspecto físico e psicológico* dos pacientes, para possibilitar-lhes a cura.

Com essa preocupação, procuramos, naquele tempo, contato com a Parapsicologia. Vimos, nesse meio, que certas pessoas tinham a capacidade natural de penetrar no íntimo de outras e de verificar, com facilidade, as causas primeiras dos seus sofrimentos, assim como as conseqüências daí resultantes. O assunto interessou-nos em princípio, embora deixasse em aberto, da forma como o conhecemos, indagações do ponto de vista racional.

Mais tarde, no estágio de Serviço Social com hansenianos, fomos saber do fato curioso de que alguns membros da família desses doentes não adoeciam, nem mesmo em contatos íntimos, enquanto que outros se contagiavam com facilidade. A Medicina não sabia explicar o motivo. Diante do convívio diário, pareceu-nos, pela observação, que o medo, a dedicação e o amor pesavam nessa diferença. Ao mesmo tempo, verificamos que os problemas morais e o “sentimento de culpa” pareciam também dispor o organismo ao contágio, pois havia grande número de presidiários nos leprosários, que facilitavam essa observação. Com os hansenianos, portanto, aprendemos que os sofrimentos de manifestações psicossomáticas não são apenas de origem física ou psicofísica, mas também espiritual ou moral-religiosa. Concluímos, assim, que um tratamento, para que fosse eficaz, *não só deveria abarcar simultaneamente os problemas psíquicos e físicos,* mas também uma terceira realidade humana, a *dimensão espiritual* ou *noológica.*

Em seguida, a experiência de longos anos na orientação de problemas conjugais e familiares

mostrou-nos que nas dificuldades desse inter-relacionamento não interferiam apenas os problemas tradicionalmente abordados pela Psicologia, nem só as dificuldades sociais ou financeiras, nem apenas problemas de saúde física ou conflitos morais-religiosos. Durante as entrevistas de casais com problemas conjugais brotavam elementos que vinham de muito longe e que estavam ligados aos antepassados. Esses *elementos* eram *repetidos, projetados ou transferidos e agiam como se fossem um fio de vida ativa dentro da mente do casal,* perturbando inconscientemente o seu relacionamento.

Este *"fio de vida ativa",* que vinha dos antepassados, *registrava-se no inconsciente* e, portanto, tomava-se difícil chegar até ele ou acompanhar a sua extensão até a origem.

Talvez fosse exatamente este questionamento que nos levasse, mais uma vez, ao campo da Parapsicologia. Realmente, com os recursos da paranormalidade, tomava-se possível chegar até o in-consciente. Por esse meio, conseguia-se *descobrir o início de cadeias de reações físicas, psíquicas e noológicas,* que desembarcavam numa vasta gama de sintomas de doenças e mal-estares da área consciente. Era possível também, pelos mesmos recursos paranormais, quebrar esta cadeia e eliminar a sintomatologia.

No entanto: tais recursos eram estritamente individuais. A instrumentação se resumia em atitudes mentais exercidas pelo "paranormal" ou "sensitivo" sobre o paciente e era inexplicável, não analisável, o que ele fazia. Em outras palavras, apenas a pessoa de "dons especiais" era capaz de atingir o inconsciente do outro e de ajudar ao paciente. Por outro lado, os diagnósticos tinham também uma margem de erro e os efeitos num tratamento nem sempre eram satisfatórios. E quando isso acontecia, não existiam elementos para se discutir a questão. As vezes geravam-se conflitos e contradições entre dois sensitivos, devido a concepções diferentes sobre o mesmo assunto e a ausência de critérios para julgamento deixava a questão sem solução objetiva.

Ainda, o paciente não participava, mas apenas sofria o processo, o que o tornava dependente desses recursos.

Percebemos, portanto, que ainda não encontráramos a solução para o que estávamos procurando e continuamos à sua busca, no curso de Psicologia.

Durante o curso de Psicologia, adquirimos conhecimentos sobre teorias e experimentos científicos do psiquismo humano, vistos a partir de diversos estudiosos e sob enfoques diferentes, quando não contrastantes. Apesar dessa variedade, delineavam-se, no entanto, alguns traços comuns entre estes autores: pois todos realizavam a análise, o diagnóstico e o tratamento sobre o nível *consciente* do paciente. Mesmo Freud, com toda a ênfase que deu ao conteúdo inconsciente, trabalhava o afloramento deste material no consciente. E também Jung, apesar de desenvolver ângulos novos e ampliar o conceito de inconsciente, retornava ao consciente para fazer a análise. Por outro lado, todos os autores consideravam o ser humano numa *bidimensionalidade.* Mesmo quando alguns se referissem a uma terceira dimensão (Freud, Jung), colocavam-na como integrante do psiquismo.

A Psicologia, portanto, embora de ricos conhecimentos sobre determinados ângulos do psiquismo humano, deixava hiatos, vazios angustiantes, perante as questões-problemas que havíamos detectado, principalmente diante da visão do homem integral ou tridimensional que se evidenciava a partir do inconsciente. E ignorar a dimensão noológica do homem não poderia ser interpretado apenas como uma exclusão de opção técnica quando se tratasse de estudar o psiquismo humano. Pois a sua ausência na análise e na interpretação psicológica falsifica os resultados. Compreendendo-se esta afirmação com uma das citações de Viktor Frankl, quando exemplifica a segunda lei da ontologia dimensional, dizendo: “Se eu projeto, por exemplo, um cilindro, um cone e uma esfera no plano bidimensional, em todos os casos se obtém um círculo. Se suponho que o cone e a esfera se tratam de sombras

lançadas pelo cilindro, então as sombras são ambíguas, na medida em que eu não consigo concluir, partindo de uma delas, se foi o cilindro, o cone ou a esfera que a projetou" (Viktor Frankl, em "Fundamentos Antropológicos...").

Os primeiros passos na solução da situação-problema

Pesquisando e analisando comparativamente as diferenças e semelhanças, a validade e a não-validade entre o que nos ensinara a Psicologia, ao lado do que aprendêramos com a experiência do trabalho intuitivo sobre o inconsciente, e tendo sempre em mente os objetivos de uma terapia mais global, mais eficiente e mais rápida para os pacientes, *concluímos que o inconsciente era um campo bem mais adequado para uma atuação direta, diagnóstico-terapêutica de problemas, que o consciente.* No entanto, era preciso que se elaborasse a instrumentação para atingir este inconsciente. Era necessário *criar uma metodologia* que contornasse os pontos negativos que observáramos. Estes recursos, *os meios de entrar no inconsciente e de trabalhar sobre ele, poderiam ser estruturados a partir das técnicas e do conhecimento desenvolvidos pela Psicologia.*

Continuando o atendimento sobre o inconsciente, foi nesta área que a observação nos forneceu os primeiros dados, que pouco a pouco conduziram à criação de uma organização, de uma sistematização de técnicas, à especificação de princípios antropofílosóficos e à formulação de teorias. Estava lançada a primeira base de uma *nova metodologia de tratamento,* a qual *abrangeria o ser humano em sua integralidade psiconoossomática* e que seria aplicada sobre o *inconsciente,* tendo um prazo curto de duração e prevendo *resultados* altamente *gratificantes.*

Os outros passos da evolução de nossa metodologia o leitor encontrará na parte final deste livro. Se aqui apresentamos a evolução histórica inicial, foi com o objetivo de levar o leitor a melhor entender os motivos, "a linha e o alinhavo" de raciocínios que justificaram para nós a formulação desta nossa nova metodologia de tratamento psicossomático.

Encerrando o prefácio...

Antes de encerrar o prefácio, desejo agradecer a algumas das muitas pessoas que colaboraram para que este trabalho se concretizasse.

Agradeço à nossa equipe do IMEP, que vem nos acompanhando desde a experiência-piloto até a fase de consolidação da Terapia de Integração Pessoal. Aos pacientes, cujas histórias clínicas deram vida às descrições teóricas, agradeço a autorização para a publicação das mesmas.

Agradeço a Dom Cristiano de Araújo Pena, Bispo Coordenador da Pastoral da Saúde na Arquidiocese de Belo Horizonte, pelo seu estímulo, interesse e zeloso acompanhamento de nossos trabalhos. Ao Padre Altamiro Rossato, Provincial dos Redentoristas, agradeço a preciosa assessoria nos assuntos relacionados à Filosofia e Antropologia, áreas de sua especialidade. Ao Padre João Mohana agradeço as recomendações dadas em função de sua experiência como médico, escritor e conferencista. Um obrigada especial ao Padre Luciano Penido, nosso incentivador, e ao Padre Ely Carneiro, assistente espiritual de nossa clínica.

Agradeço àqueles profissionais de áreas diversas que realizaram uma apreciação da minuta deste livro: ao colega psicólogo Ismael, ao médico Dr. Carlos, a Lúcia Soares, da Escola de Pais, ao professor Onofre Martins de Abreu. Obrigada pela dedicação de Luiz Gonzaga Coura Gomes e de Maria das Graças M. Martins.

Agradeço também a personalidades de países distantes que enriqueceram esta obra com esclarecimentos científicos ou com dados de sua própria experiência e que, sobretudo, nos estimularam a prosseguir em nosso trabalho. De forma especial refiro-me ao Mr. John C. Harvey, Doctor of Medicine da Georgetown University, pelos seus esclarecimentos sobre nossa Terapia dentro do contexto da Biogenética. À Dra. Elisabeth Lukas, psicoterapeuta, logoterapeuta e escritora de Munique, pela enriquecedora troca de experiências profissionais. A Dom Leonardo Legaspi, Doctor of Philosophy, das Filipinas, pelos preciosos diálogos sobre a nossa

terapia e pelo enfoque que deu à mesma sob o prisma da visão oriental. Ao professor P. K. Popielsky, da Polônia, logoterapeuta, Doutor em Teologia, Filosofia e Psicologia, pelas suas cartas de apreciação do nosso trabalho, das quais desejo lembrar aqui uma só citação: “O seu trabalho e os fundamentos que ele expõe não são apenas interessantes, mas encontram-se dentro da mais moderna linha de investigação psicológica... Os raciocínios desenvolvidos em seu trabalho, num futuro não muito distante, trarão grandes frutos... Estou convencido de que o futuro nos trará bem outro tipo de Psicologia... E nesse sentido é importante que sua teoria desenvolva bastante... (em especial) o assunto referente ao *eu-pessoal,* sobre as capacidades livres do homem...” Minhas últimas palavras de reconhecimento e gratidão quero dirigi-las aos meus familiares: ao meu marido Rafael, aos meus filhos Maria Clara, Amintas Jacques, Maria Elisabeth, Paulo Ernesto, Francisco de Assis e José Luciano. Obrigada a Atsuko Oba e aos meus cunhados Carlos e Vera Gallo. Ao meu irmão Helmut Jost agradeço o trabalho artístico deste livro.

A autora

INTRODUÇÃO

Apresento-lhe *As Chaves do Inconsciente.*

E com essas “chaves”, convido o leitor a acompanhar a abertura das portas enferrujadas de uma área oculta de nossa mente, aquela que tem sido conhecida apenas por efeitos e manifestações indiretas sobre a outra área dessa mente. Convido-o a caminhar através das páginas que seguem, vivenciando, gradativamente, uma nova experiência: a da penetração direta, sem véu de mistério, no amplo universo do *inconsciente.*

O leitor, através da experiência de terapias realizadas com pacientes que se submeteram à nossa “abordagem direta do inconsciente”, será conduzido, de forma suave e gradativa, a familiarizar-se com a “cor local”, a linguagem, a forma de percepção e comunicação específicas desse nível mental. E nessa caminhada deverá ele descobrir um mundo que lhe era desconhecido, embora lhe pertença, e que existe para ajudá-lo a melhor viver o seu dia-a-dia.

Abrir o inconsciente e enfrentá-lo diretamente, visando estudar o seu conteúdo e suas funções e, sobre esse mesmo nível mental, utilizar-se de técnicas de terapia para realizar a recuperação da saúde integral de pacientes, motivando-os ainda para o seu pleno desabrochar humano, esses são os alicerces sobre os quais se assenta uma metodologia de tratamento psiconoossomático.

O presente livro quer trazer ao leitor informações e dados novos que resultaram da *práxis* e da *experiência* com essa terapia, li as formulações teóricas que surgirem nesse livro durante a dissertação não são apriorísticas, mas baseadas na mencionada experiência, ainda que não sejam exemplificadas no contexto correspondente. São elas, portanto, a *teorização* da experiência clínica.

Faz parte desta teorização a *metodologia* que, pouco a pouco, foi-se estruturando e configurando a

partir da mesma experiência. *O nosso método de “abordagem direta do inconsciente” transforma e transfere uma prática milenar, intuitiva e individual, para o domínio do saber universal.*

Devido ao seu enfoque antropológico, a metodologia denominou-se Terapia de Integração Pessoal. Nesse sentido, aproxima- se muito da atual tendência filosófico-psicológica expressada por Binswanger, Scheler, Bergson e Gabriel Mareei, tendências essas adaptadas à linha terapêutica por Rollo May, Rogers, Medard Boss e por Viktor Frankl, expoente máximo dessa orientação humanística.

Os *objetivos* com esta primeira divulgação de nossa terapia são:

a) Conduzir à conscientização *sobre o universo da mente inconsciente* — sobre um mundo diferente e bem mais amplo do que é conhecido na Psicologia e na Medicina e sobre as implicações desta realidade mental na educação, na terapia psicológica, no exercício da Medicina e na compreensão da natureza integral do homem.

b) Comunicar oficialmente a existência de uma *nova metodologia,*, sistematizada para ser aplicada como *terapia direta sobre o inconsciente*; metodologia que como já falamos disciplina antigas práticas individuais e intuitivas, transferindo-as ao conhecimento profissional que objetiva, em toda a sua extensão, o conteúdo, as funções e as capacidades do inconsciente, clareando conceitos vagos ou imprecisos e desmistificando falsas concepções da natureza espiritual do homem; que permite atingi-lo no núcleo central de seu ser, acompanhá-lo em sua evolução integral e diagnosticar os desvios da linha de unidade e coerência de sua estrutura ontologicamente estável, distinguindo-a de aspectos únicos e pessoais; que possibilita tratar, por meio de uma mesma instrumentação técnica, os sofrimentos de níveis diferentes, ou seja, do físico, do psiquismo e da dimensão noológica e social e isto num espaço relativamente curto de tempo; que torna possível conhecer o que sente, o que percebe e o que sabe a criança de útero materno, desde sua concepção.

Entre as pessoas mais visadas com este trabalho figuram, em primeiro lugar, os *pacientes*, os doentes, os que sofrem.

E ao dizer “os que sofrem”, pensa-se também no homem moderno, que vive angustiado, submetido a constante tensão e ansiedade, o que""tende a lançá-lo, com facilidade, ao estado de “stress”, de depressão, de sintomatologias psicossomáticas, males esses cujas causas se mantêm, geralmente, desconhecidas.

A abordagem direta e metódica do inconsciente, devido às características peculiares desse nível mental, oferece respostas originais a esse drama hodierno.

Um segundo grupo a ser atingido por este livro e que saltará aos olhos do leitor, especialmente na segunda e terceira partes, é a *família no seu inter-relacionamento.*

A família é o ambiente onde as pessoas se sentem mais descontraídas e, por isso, normalmente, nesse lugar é que deixam cair suas rédeas de autocontrole e censura. Nessas condições, os inconscientes costumam aflorar com força total, soltando sua carga de experiências do passado, nem sempre positivas, para criar, entre os membros, uma comunicação de projeções e transferências mútuas que acabam perturbando uma convivência destinada a ser altamente gratificante e, ainda, falsificando a expressão autêntica do sentimento de amor, quase sempre existente entre todos, mesmo que de forma velada.

Pelo inconsciente, torna-se possível desmascarar estas projeções e transferências. Pode-se, além disso, ativar a potencialidade ilimitada desse nível mental, encontrar soluções positivas e perfeitas com relação a esses problemas. Os relatos e os depoimentos de pacientes sobre o seu próprio sofrimento familiar na infância, na adolescência, na vida conjugal, que serão apresentados ao leitor, visam a conduzir à reavaliação de relacionamentos entre casais e entre pais e filhos e à retomada de novas atitudes e comportamentos.

Nosso trabalho destina-se também aos

profissionais de *Psicologia e de Medicina, aos assistentes sociais, educadores e ministros religiosos.*

Supõe-se que todo profissional, cuja escolha vocacional recaiu sobre o trabalho de ajuda ao ser humano em seus problemas, deseja, sinceramente, encontrar soluções sempre mais completas e menos morosas. Nesse sentido, creio que os dados colhidos de nossa experiência e a forma como são aqui apresentados podem servir de instrumento, ou de mais um recurso, para os fins visados em seu trabalho específico.

Esta obra se destina, ainda, a *profissionais* não necessariamente ligados ao campo médico, psicológico ou da educação, mas onde exista a preocupação ou o interesse voltado às *relações humanas* e onde se atue neste sentido, individualmente ou em grupos. Pelo inconsciente, descobrem-se as causas de problemas que acontecem nessa área e os meios de contornar essas dificuldades.

A estrutura deste livro divide-se em quatro partes. Para facilitar a compreensão, os temas são gradativamente aprofundados e complementados. Através dos cabeçalhos, apresentam-se os sumários de cada capítulo e a leitura continuada deles resume o conteúdo global do trabalho. A exposição estritamente teórica encontra-se na divisão final — ao contrário do que costuma acontecer — porque se parte do princípio de que tal assunto é de mais fácil entendimento após a assimilação dos conteúdos de ordem prática. É também na IV parte que apresentamos a fundamentação científica que embasa o processo TIP. Ainda naquela divisão, apresentamos o relato de casos tratados pelos membros de nossa equipe. O glossário explica o conceito dos termos, conforme o significado que tem em nossa terapia. Em seu conjunto, apresenta-se aqui apenas uma introdução ao nosso tratamento, à Terapia de Integração Pessoal, ficando-se longe de esgotar a matéria.

E com estas palavras introdutórias, entrego o meu trabalho nas mãos do leitor. Queira Deus possa ele ser útil, ajudar aos que sofrem e tornar-se uma gota

de alívio da imensa sede de plenificação humana e de humanização dos povos.

I Parte

O INCONSCIENT

1.1 ECONCEITO DE INCONSCIENTE

O que é inconsciente?
Embora de grande importância na compreensão do psiquismo humano, os conceitos emitidos sobre ele são limitados e parciais... Mas pela experiência da Terapia de Integração Pessoal foi possível com- preendê-lo mais amplamente, precisar-lhe os conteúdos, as funções, as capacidades, conscientizá-lo diretamente e trabalhá-lo tecnicamente.

A palavra “inconsciente” é, talvez, uma das expressões da Psicologia que mais penetraram no uso popular. Ao inconsciente são atribuídas certas características e comportamentos que nem sempre foram oficialmente definidos, mas que são aceitos tacitamente. Assim, quando somos surpreendidos por atitudes de agressividade, sentimentos de simpatia ou rejeição, sem que tenhamos uma explicação clara e objetiva dessas reações, atribuímo-las ao inconsciente. Quando nos encontramos diante de fraquezas, quando cometemos atos faltosos, agimos diferentemente do que havíamos planejado, jogamos a culpa sobre o inconsciente. Quando nossos comportamentos demonstram reflexos condicionados, respostas autômatas e repetitivas, o responsável por esses atos passa a ser o inconsciente. O inconsciente é entendido sempre como sendo uma área de nossa mente que é um tanto misteriosa em suas manifestações, que não pode ser bem compreendida e que, de certa forma, desculpa nossos procedimentos menos aceitáveis diante de nós mesmos e diante dos outros...

Mas, afinal, o que é esse inconsciente?!

A Medicina o define como “ausência de consciência” e o localiza topograficamente na área subcortical do cérebro, junto ao tálamo, ao hipotálamo e ao cerebelo.

Freud deu-lhe a primeira definição psicológica. Figurou-o semelhante a um *iceberg,* que mantém dois terços de seu volume abaixo do nível do mar, exatamente o que corresponderia ao inconsciente. Para Freud, o inconsciente é, principalmente, um conjunto de processos dinâmicos, formado por desejos recalcados e pela libido. É matéria psicológica que só pode ser conhecida pelo afloramento simbólico ao consciente, onde deve ser analisada e interpretada por experimentado terapeuta.

Carl Gustav Jung, no início discípulo de Freud, modifica e amplia esse conceito de inconsciente, acrescentando-lhe outros componentes e, especialmente, diferenciando o inconsciente pessoal do coletivo. O inconsciente coletivo é formado por “arquétipos”, as características arcaicas resultantes da experiência de nossos ancestrais. Para Jung, assim como para Freud, o inconsciente precisa ser aflorado ao consciente, onde chega necessitando de interpretação.

E de Jung para cá, o conceito de inconsciente, embora lembrado por muitos autores e ramos da Psicologia, não tem sido alvo de grandes alterações ou progressos. Talvez possamos dizer que, numa concepção genérica, a Psicologia hoje considera o inconsciente como sendo um campo pouco explorado de nossa personalidade, que contém elementos responsáveis por sofrimentos psicológicos, por desequilíbrios do psiquismo e do comportamento, que necessitam ser conduzidos ao consciente para que possam ser compreendidos em seu real significado.

Ao lado dessas concepções convencionais, foram-se desenvolvendo, ao longo dos séculos, certas práticas empíricas e intuitivas de levar o ser humano à introspecção, a um nível interno de percepção de si mesmo, o que, dentro do contexto exposto, outra coisa não é senão uma condução

diferente de pessoa ao seu inconsciente. Refiro-me às práticas de hipnose, do relaxamento, da sugestão, que continuam em voga em nossos dias e que foram também experimentadas na época de Freud por seus colegas e por ele próprio.

Atualmente, ao menos duas ciências assumiram essas práticas em caráter oficial: a Sofrologia, que divide o consciente e o inconsciente em compartimentos estanques, graduados, até atingirem a “inconsciência”, e a Parapsicologia, que se utiliza destes recursos para estudar os fenômenos que chama de “paranormais” ou “extra- sensoriais”.

Esse *inconsciente,* elemento que fez parte da teoria da Psicanálise, da Psicologia Analítica, da Sofrologia e da Parapsicologia, e que foi atingido pela introspecção e o relaxamento conduzido, constituiu-se também, gradativamente, um campo de observações, de teorias, de experiências e de atuação terapêutica do que hoje está sistematizado como um método próprio da terapia psicossomática e que é chamado de *Terapia de Integração Pessoal* ou TIP.

Na Terapia de Integração Pessoal, o inconsciente, pela primeira vez, é abordado diretamente por meio de um método e sobre ele realiza-se todo o processo de diagnóstico e tratamento, tanto psicológico quanto físico ou noológico, do paciente. Entende-se, portanto, que semelhante contato direto com o inconsciente permitiria a descoberta de um mundo totalmente novo de

conteúdos, capacidades e funções específicas e que mostrasse um espaço infinitamente mais amplo e mais rico do que aquele tradicionalmente conhecido.

O inconsciente é um nível mental que difere do consciente, não só quanto ao que contém como características, mas também na sua maneira de revelar os fatos, de registrá-los, de desenvolver raciocínios e julgamentos, na sua comunicação e na sua linguagem.

A melhor maneira de se explicar este inconsciente é através da descrição do que o paciente vivência durante o processo de terapia sobre este nível

mental. *Um* paciente, quando conduzido pela técnica da abordagem direta ao seu inconsciente, ou ao seu I, evidenciará, de imediato, cenas do passado, vivências de profundo significado emocional, de conteúdo negativo, acontecimentos traumatizantes. A cena apresentar-se-á como um quadro vivo e, além disso, acrescido da realidade interna dos sentimentos, pensamentos e emoções dos protagonistas. O paciente, por exemplo, não perceberá apenas que “papai está batendo em sua irmã”, mas saberá dizer quais os sentimentos do pai, quais os pensamentos da irmã, quais as conseqüências afetivo-emocionais desse ato, etc.

Este segundo tipo de percepção, o dos processos internos que acompanham emocionalmente a cena percebida, é exclusivo do inconsciente. E, uma vez que tal percepção não se encaixa na lógica do consciente, muito dificilmente será “conscientizada”, nem espontaneamente, nem mesmo através de técnicas de afloramento, porque seria censurada ao nível da “racionalização” (Freud).

O conteúdo global da cena só é verificável pelo caminho inverso, ou seja, pela abordagem direta do inconsciente, onde se exige a *adaptação do consciente à realidade inconsciente.* Essa adaptação requer um treinamento e o paciente é sempre submetido a uma aprendizagem nesse sentido, antes de ser submetido à terapia. Mesmo assim, surpreende-se ele quando descobre que os traumas geradores de grande sintomatologia muitas vezes residem em fatos aparentemente inofensivos ou banais de sua vida passada. O conteúdo completo de cenas por ele detectadas era-lhe, geralmente, desconhecido ou de nenhuma lembrança.

Isso explica, por outro lado, por que a abordagem direta do inconsciente não necessita de uma longa anamnese ou da coleta de dados que permitam uma interpretação psicológica dos problemas queixados pelo paciente. Não há necessidade de ouvir grandes relatos de fatos “conscientes”, que são sempre distorcidos de uma ou de outra forma; quando em nível inconsciente, é possível tornar a assistir à cena

correspondente e com uma riqueza de dados bem maior do que qualquer relato. E a interpretação psicológica, então, é feita apenas em torno de dados que já se definiram e que já foram selecionados como altamente significativos pelo próprio inconsciente, depois de tecnicamente trabalhado.

Outro aspecto relevante é que nem tudo é trauma ou material reprimido no inconsciente. Embora se tenha verificado, pela experiência, que as cenas de sofrimento são as primeiras a ser espontaneamente "visualizadas" pelo paciente em nível I (inconsciente), a conduta técnica do terapeuta pode levar o paciente a reativar, na memória desse nível, os registros positivos, as "mais belas lembranças" de determinada faixa etária ou acontecimento, quando isto for considerado importante para a terapia. Deduz-se daí que a memória inconsciente traz o registro completo dos fatos vivenciados, desde o princípio da vida, no útero materno, e que os fixou com dimensões muito mais profundas e mais amplas do que pode fazer o consciente.

A memória inconsciente de fatos passados — positivos e negativos — estende-se para além do início da própria vida, porque o registro do inconsciente pessoal traz em si o registro de inconscientes dos antepassados, como se pode verificar e confirmar continuamente pela experiência TIP. E essa memória não é arquivada passivamente, mas exerce sua ação ativa sobre o psiquismo e o organismo.

Outros conteúdos do inconsciente esclarecem que existem dimensões humanas, as quais, a partir do inconsciente, são capazes de agir sobre as influências do passado no indivíduo, de compreender os códigos inconscientes já programados e os comportamentos e reações daí resultantes, podendo reformular a programação inconsciente, substituindo-a por novo código. De fato, *a existência de um ser humano livre e não condicionado*, mesmo que "possuindo" muitos condicionamentos e registros negativos e positivos,

emerge a partir do inconsciente, inequivocamente, a experiência, tanto do paciente como do terapeuta.

No inconsciente, percebe-se, junto ao momento da concepção, a existência de uma espécie de semente humana que encerra a totalidade do ser humano, as funções orgânicas, as capacidades potenciais psicofísicas e espirituais, e que libera seu conteúdo, parceladamente, no seu devido tempo. Provavelmente, *é* devido a esse “homem em potencial” que o ser humano pode sentir física e psicologicamente dores e mal-estares, ou alegrias e saúde, antes de ter desenvolvido os órgãos ou sistemas responsáveis por essas percepções. Esta semente inicial é também capaz do tecer raciocínios e de formar julgamentos antes do desenvolvimento do cérebro.

O inconsciente não só revela conteúdos psicológicos, mas também físicos. No inconsciente encontram-se as primeiras causas geradoras de doenças. “O indivíduo tem uma herança recebida através do código genético e, dependendo da sua predisposição, doenças herdadas irão ou não manifestar-se”, diz-nos a Medicina. A nossa experiência verifica que é exatamente nessa “predisposição” que entra o fator emocional. O paciente, em nível de relaxamento, esclarece o

motivo pelo qual seu inconsciente “escolheu” um determinado mal físico.

Identificam-se, também no inconsciente, atividades de ordenação, coordenação e de controle. Observam-se impulsos, não apenas os de ordem física e psicológica, mas também de ordem noológica. Percebe-se que existem “alvos” de satisfação a serem atingidos por uma busca constante de necessidades psicofisiológicas, sendo que esta meta pode contrastar com os anseios da busca de plenificação humana, do nível noológico. As “buscas” destes dois níveis tendem a harmonizar e complementar-se, mas muitas vezes encontram-se em conflito e, então, desequilibram o organismo e o psiquismo, principalmente se a função de “humanização” for

relegada para o segundo plano; isso porque mecanismos inconscientes de controle de ordem interna, baseados nos impulsos de um código natural, inerente ao ser humano e coerente com sua meta de realização plena e de autotranscendência, “vingam” ou “punem” a desordem gerada.

O inconsciente é, ainda, um potencial de energia cuja força pode comparar-se ora a aparelhos de sintonização e enfoque, ora aos de transmissão e a muitos outros. Pode funcionar à semelhança dos mais perfeitos computadores e sempre os ultrapassa, principalmente pela sua capacidade de fazer a própria programação. Apresenta, ainda, a vantagem de não se limitar nem pelo espaço, nem pelo tempo, nem pela matéria.

É importante compreender tal inconsciente. Não só devido aos conhecimentos isolados de suas propriedades, funções, conteúdos e capacidades, mas principalmente pela visão de conjunto, de interação e de funcionamento integrado que ele nos mostra. Assim, o inconsciente nos conduz à compreensão da natureza ontológica do ser humano, a uma linha de coerência e unidade existente entre todas as dimensões humanas e de cuja harmonia *depende a saúde psicofísica do homem.* O inconsciente ou I, na realidade, nos permite encontrar a essência, o núcleo central de cada paciente. Com isso, por sua vez, o inconsciente possibilita *a criação de recursos terapêuticos realmente adequados à estrutura integral do ser humano,* evitando tratamentos parciais, sem referência, relativistas, que, debelando males com soluções aparentes, geram outros sofrimentos ainda maiores.

A partir do que foi dito até aqui sobre o inconsciente, já é possível concluir que, na realidade, este nível mental se distancia muito daquele conceito genericamente entendido pela Psicologia, o qual o descreve, basicamente, como um campo bastante oculto de nossa personalidade, contendo as causas remotas de desequilíbrios psicológicos e que só podem ser conhecidas pela interpretação da sintomatologia e de outras

expressões simbólicas do paciente.

O inconsciente é imensamente mais rico. Viu-se que ele não contém apenas causas de sofrimentos psicológicos, mas também a etiologia emocional de males físicos, o registro completo e ativo de inconscientes dos ancestrais e a memória de todas as vivências pessoais, desde a concepção. Explicou-se que ele não precisa ser aflorado simbolicamente, mas pode ser conhecido diretamente. Além disso, o inconsciente é muito mais que um depósito ou arquivo de fatos passados. É ele uma incomensurável capacidade mental para assuntos atuais e futuros, um núcleo de conhecimentos gerais que proporciona a compreensão profunda da pessoa em relação a si mesma e que conduz ao inequívoco delineamento da constituição intrínseca e estável do ser humano e de suas reais necessidades onto-antropológicas, expressas pelo seu nível noológico. O inconsciente evidencia-se como um outro nível de percepção cognitiva, diferente do processo cognitivo consciente.

O processo de tratamento, as técnicas específicas da TIP estruturam-se sobre esse novo conceito de inconsciente, formulado graças à sua abordagem direta e metodológica e à experiência daí resultante.

Com os assuntos que seguem e que relatam aspectos da experiência terapêutica exercida diretamente sobre o inconsciente, desejamos possibilitar uma compreensão melhor, mais viva e prática do que é o nosso inconsciente, sobre a maneira como nele se realizam os registros, as marcas traumáticas e como podemos evitar muitos desses sofrimentos, principalmente em crianças, mesmo porque o sofrimento dessas se reflete no adulto. Visamos, com esse trabalho, conduzir as pessoas a controlar o seu inconsciente de forma que ele, em vez de as perturbar, assessore positivamente o consciente, permitindo-lhes uma vida mais plena de saúde, harmonia, entendimento mútuo e sentido existencial.

Nos próximos capítulos, agrupados sob o título geral de “o inconsciente”, várias das características deste nível mental aqui brevemente lembradas serâo

aprofundadas separadamente. Outros aspectos, alguns nem mesmo citados, estarão subentendidos e poderão ser deduzidos a partir de descrições e dos depoimentos de trechos extraídos de casos clínicos e relatados neste trabalho.

1.2 ABORDAGEM DIRETA E INDIRETA DO INCONSCIENTE

> **Na Psicologia tradicional, quando se considera o inconsciente, utiliza-se um processo "indireto", o de aflorar esse inconsciente ao consciente... Na Terapia de Integração Pessoal, ou TIP, também se trabalha com o inconsciente, mas no sentido contrário, invertendo esse processo e conduzindo o consciente ao inconsciente, o que possibilita a sua abordagem "direta".**

Um dos aspectos que têm surpreendido a leigos e técnicos com relação à Terapia de Integração Pessoal é sua capacidade de realizar um tratamento completo, psicossomático, com reformulação das influências sobre a estrutura da personalidade do paciente, com a cura de males físicos e, ainda com o atendimento ao nível noológico, num tempo mínimo ou com um número bem restrito de sessões de terapia.

A explicação para esta capacidade reside, principalmente, no método desenvolvido para atingir o inconsciente. Esse método, que facilita o processo de desvendar os mistérios do inconsciente, é chamado de "abordagem direta do inconsciente" ou ADI. Consiste ele de técnicas que ensinam o paciente a assumir "conscientemente"
o seu inconsciente e "sobre" o nível inconsciente. Em outras palavras, o paciente aprende a entrar com o seu "consciente" em seu "inconsciente" e. verifica, *in loco,* os problemas responsáveis por muitos sintomas desagradáveis, focalizando-os exatamente da forma como aconteceram, percebendo-os com uma carga emocional similar à sofrida naquela época, embora de maneira mais suave, O paciente *sente* mais do que

lembra.

A abordagem direta do inconsciente, com o processo evolutivo da experiência, fez emergir e desabrochar outras diferenciações e características conseqüentes que foram sendo assimiladas por nosso método de tratamento.

A cada passo da experiência com a ADI, descortinava-se mais um detalhe da constituição deste nível inconsciente, havendo conteúdos que se referiam àquele paciente em particular, e outros que diziam respeito aos inconscientes das pessoas em geral, de todas aquelas que se submetiam ao tratamento, fossem elas pessoas sadias, ligeiramente doentes ou pacientes graves.

Tudo se passava como se o inconsciente fosse uma cidade soterrada que, através duma escavação cuidadosa e persistente, expusesse, pouco a pouco, todas as suas riquezas. Assim, o inconsciente, pela abordagem direta, ia revelando, além dos impulsos recalcados de Freud e além das características arcaicas de Jung, novos conteúdos e componentes diversificados, capacidades extraordinárias, percepções cognitivas mais amplas e profundas, propriedades especiais, o núcleo de constituição Wto-antropológi- ça, funções orgânicas, psicossomáticas, noológicas e outras realidades.

Para que seja possível entender o conteúdo que segue, especialmente o relato de casos, é imprescindível compreender algumas destas constatações verificadas, graças à abordagem direta do I. E a melhor forma de facilitar essa compreensão parece-nos ser a comparação deste método com outras abordagens convencionais do inconsciente, que chamaremos aqui, genericamente, de “abordagem indireta”. i

E o que faremos a seguir, figurando lado a lado as suas abordagens e seguindo uma seqüência que deverá conduzir o raciocínio do leitor, grada£i vãmente, a um entendimento mais global deste assunto.

P — Na abordagem indireta (convencional), afloram-se os conteúdos do inconsciente ao consciente, visando interpretá los em função dos sintomas queixados pelo paciente. Na abordagem direta do I (ADI-TIP), através do “relaxamento concentrado”, o consciente é conduzido ao inconsciente para verificação local dos problemas lá registrados. São *caminhos inversos* em função de uma mesma meta.

Isso pode ser figurado, se usarmos uma imagem topográfica para consciente e inconsciente, da seguinte maneira:

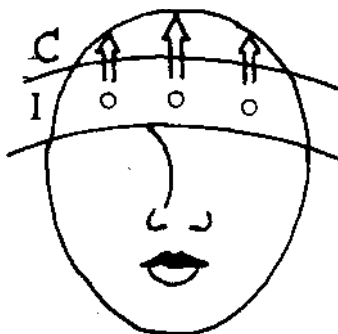



Figura “A”

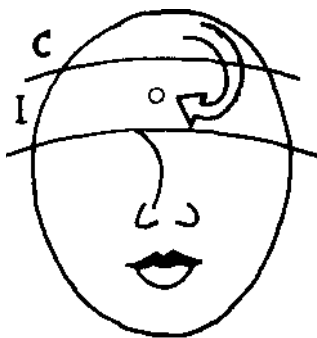



Figura “B”

Código

C — Consciente

I — Inconsciente

A — Abordagem indireta do I

B — Abordagem direta do I (ADI)

O — Trauma no I

Nestas ilustrações, o consciente está na área cortical do cérebro (em cima) e o inconsciente, na área subcortical (abaixo).

Na figura “A”, vê-se a abordagem indireta, que conduz o inconsciente ao consciente. Na figura “B”, temos a abordagem direta que conduz o consciente ao inconsciente.

Essa diferenciação inicial leva a muitas outras subseqüentes, conforme o leitor poderá acompanhar nas

comparações que seguem.

2® —Na abordagem indireta do inconsciente, o afloramento de conteúdos inconscientes ao consciente precisa transpor o iimiar da

“racionalização” (Freud), uma espécie de auto-interpretação defensiva, que distorce o conteúdo aflorado. Esta racionalização exige, por sua vez, a interpretação do analista.

Na abordagem direta do inconsciente (ADI), o conteúdo é atingido sem a camuflagem da racionalização, o que dispensa também o moroso processo de interpretação para “desmascará-lo”. O trauma é encontrado exatamente como aconteceu, e, ainda, apresenta-se carregado com o mesmo envolvimento emocional da época em que foi vivenciado.

3S —Na abordagem indireta do inconsciente, emergem elementos isolados sobre problemas sofridos pelo paciente e estes precisam ser selecionados e correlacionados. Na ADI, apresenta-se um conteúdo global e, de acordo com a técnica aplicada, podem-se focalizar, de imediato, as cenas graves, de gravidade média ou leve, dispensando-se praticamente o trabalho de seleção posterior e dimi- nuindo-se, assim, consideravelmente, o trabalho da correlação dos dados ou da interpretação geral.

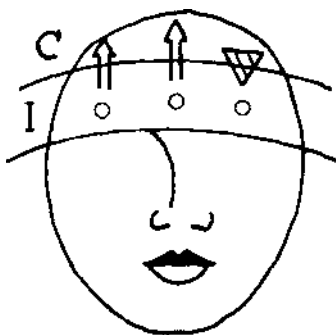
4" — Na abordagem indireta, exploram-se exaustivamente os sintomas e procuram-se as causas correspondentes.

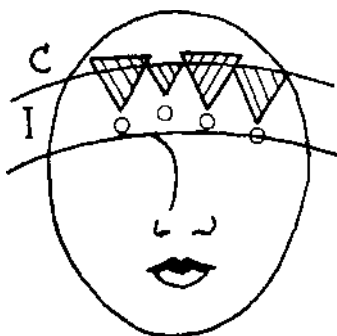
Na ADI, os sintomas são considerados secundários, pois procuram-se localizar diretamente os sofrimentos e traumas da memória inconsciente. Removidos esses traumas, elimina-se, conseqüentemente, uma grande gama de sintomas negativos, sem que haja necessidade de fazer-se a correlação “traumas-sintomas”, ou “causas-sintomas”. Essa identificação de sintomas, que desapareceram, pode ser feita pelo próprio paciente, paulatinamente, inclusive após a alta da terapia. Durante o processo de tratamento, o psicoterapeuta preocupa-se mais em realizar os testes para verificar a eliminação de traumas e as mudanças acontecidas sobre o I. Importante é também o testemunho do paciente, que vai revelando uma grande melhora geral e a eliminação de alguns sintomas mais perturbadores. O processo de conscientização das mudanças é mais

lento que a cura, também por causa dos hábitos adquiridos. Explica-se, figura- damente, ao paciente que, com o processo de terapia, “foram cortadas as raízes da árvore, tnas as folhas conservam ainda o viço e a cor verde por algum tempo”.

A árvore, assentada sobre poucas raízes, mas que forma uma copa de milhares de folhas, é um bom símbolo para relacionar os traumas inconscientes com os sintomas. Numa simbologia mais diretamente focalizada sobre “consciente-inconsciente”, pode-se

também usar a imagem do trauma como vértice de um triângulo localizado no 1, cujo lado oposto demarca os sintomas e as síndro- mes no consciente.

Veja-se isso na ilustração abaixo, na figura “B”. A figura “A” serve de comparação, representando a tendência, na abordagem indireta, de se procurar para cada sintoma isolado ou grupo pequeno de sintomas uma causa correspondente no 1.

“A”

“B”

Código

A — Abordagem indireta do I
B — Abordagem direta do I
C — Consciente

1 — Inconsciente
O — Trauma ou causa
— Sintomas

5“ — Na abordagem indireta, o tratamento é direcionado, primeiramente, no sentido vertical, na relação sintoma-causa, sendo que a quebra de cadeias em linha horizontal é um processo posterior e lento, acontecendo pela “associação livre”, ou pela interpretação do terapeuta.

Pela ADI, os triângulos formados pelos traumas e sintomas correspondentes geram, espontânea e simultaneamente, uma quebra de cadeias, não só na linha vertical, mas também na horizontal, por causa da intercessão dos “triângulos” anteriormente mencionados. Por este motivo é que o paciente tem uma sensação imediata de alívio e bem-estar após a terapia, antes mesmo que conscientize os sintomas que

foram'eliminados e o que nele mudou.

Logo abaixo, segue a figuração dessas diferenças.

C
I

“A”

C
I

“B”

Código

A — Abordagem indireta O -
B — Abordagem direta C — Consciente I — Inconsciente — Sintomas

Causas ou traumas Ação vertical do tratamento e posterior ação horizontal Simultânea ação vertical e horizontal do tratamento

6[B] — Na abordagem indireta, a conscientização das causas inconscientes é, normalmente, considerada o suficiente para promover o alívio do sofrimento e a melhora do desequilíbrio.

Na ADI, os conteúdos de problemas inconscientes não são apenas conscientizados. São eles eliminados do registro inconsciente e, além de apagados, são substituídos pela reativação dos “registros positivos”, os quais também existem no mesmo inconsciente. E tal substituição gera igualmente uma cadeia de reações positivas, com “triângulos de

intercessão”, conforme explicado quanto aos traumas, ou “registros negativos”. (Veja “registro” e “substitCíção” no glossário.) *víh ’’* *

7“ — Na abordagem indireta do inconsciente, pelo que se esclarece através dos esquemas comparativos apresentados, o núme

ro de sessões exigidas para a terapia completa é imprevisível e estende-se para vários anos de sessões contínuas. No final, nem sempre houve uma correspondência exata entre causa e sintomas e a remoção completa dos sintomas pode não ter-se processado.

Na ADI, o tempo de tratamento é perfeitamente previsível e os testes de avaliação final certificam a eliminação dos problemas de base e a cura dos sintomas queixados pelo paciente. O testemunho da pessoa tratada é considerado, entre os testes, um dos dados mais significativos para o julgamento da validade desta metodologia.

8e — Na abordagem indireta do inconsciente, o paciente é tratado em função de seus problemas psicológicos e, às vezes, psicossociais e ambientais.

Na ADI, o paciente é atendido, ao mesmo tempo, em seus problemas de ordem psicológica, psicofísica, psiconoológica e psi- cossocial.

9S — Na abordagem indireta, atinge-se apenas o passado do paciente e até onde a memória é alcançável na infância. Na ADI, a memória pode ser reativada até a concepção do paciente e vai além, localizando os “registros inconscientes” dos antepassados até várias gerações, registros estes presentes no inconsciente do paciente.

10“ —Na abordagemindiretadê terapias convencionais que trabalham sobre o inconsciente, o objetivo se basta, genericamente, com a atuação terapêutica sobre os problemas do passado que interferem sobre o presente.

Na ADI, além de ampla atuação terapêutica do inconsciente sobre o passado, visa-se à “reestruturação” (glossário) de uma personalidade sadia para que o paciente, longe de sentir-se vítima do que sofreu, compreenda e assuma sua responsabilidade para consigo mesmo, para com os outros e para com o mundo numa visão autotranscendente.

Em relação à abordagem direta do inconsciente, é preciso esclarecer que, embora reconhecendo-se as vantagens expostas, de forma alguma deixa-se de

reconhecer também os valores de outras terapias convencionais. _A TIP nem sempre é a terapia ideal para todos os tipos de pacientes e problemas. Há pacientes que, por motivos diversos, não estão motivados a submeter-se a uma terapia tão profunda e integral, como é a Terapia de integração Pessoal. O paciente, por vezes, deseja apenas apoio, liberação de sintomas que incomodam e outros auxílios ou orientação, em função do que não está disposto a empenhar tanto esforço, como exige a nossa terapia.
Outras vezes, os “ganhos secundários”' dos males sofridos bloqueiam a abertura sincera do paciente para este tratamento.

Para que esse método tenha a eficácia desejada, é preciso que o paciente assuma o tratamento com determinação e energia e que esteja disposto a reformular atitudes e comportamentos que estão comprometendo sua saúde e bem-estar psiconoossomático. O sofrimento do paciente é uma espécie de termômetro para esta disposição. Quanto mais o paciente realmente esteja sofrendo, mais motivação natural terá para assumir a terapia. O tipo “curioso” ou aquele que espera uma “cura que venha de fora” sem esforço seu, dificilmente tornará possível a ADI.

Além desses casos, para os quais a ADI não é o processo terapêutico ideal, há os psicóticos em crises, ou os alienados em geral, que não podem ser submetidos, nesse estado, a um processo consciente sobre o inconsciente. No entanto, em grande parte desses casos, consegue-se trazer tais pacientes provisoriamente ao estado de normalidade, por meio de um processo sugestivo (veja *hipnotron* 4.4.3), e nessa oportunidade a ADI se torna possível. Se bem que tais pacientes costumam “fugir” novamente para a alienação, ao se defrontarem, no nível I, com traumas mais marcantes. Mesmo assim, tem havido número considerável de casos de cura desses pacientes.

Em nossa terapia, embora se tenham desenvolvido técnicas especiais para casos especiais e para a quebra de resistência, prefere-se adotar o sistema de não insistir no tratamento pela ADI quando há dúvidas

sobre os resultados, porque a meta básica deste tratamento é a recuperação rápida e total do paciente. Por isso e também por motivos éticos, tende-se a suspender em tais situações dúbias a terapia pela TIP, encaminhando-se o paciente a tratamentos mais adequados ao seu caso específico.

A nossa equipe entende que a variedade de métodos é importante na psicoterapia, porque variadíssima é a tipologia dos pacientes, dos desequilíbrios dos males e dos sofrimentos.

1.3 CONFLITO CONSCIENTE X INCONSCIENTE

> **Consciente e inconsciente resumem a capacidade mental do ser humano. O consciente, como sede do raciocínio lógico e da vontade livre, quer para a pessoa o bem real que a conduz à “auto-realiza-ção”, pela humanização e pela autotranscendên- cia... O inconsciente, mais ligado ao nível psicofi- siológico, quer aquilo que “agrada”, a “animaliza- ção”. Ora, nem sempre o que humaniza também agrada e nem tudo que agrada, humaniza... Assim, cria-se o conflito básico entre consciente e inconsciente, a “resistência” que bloqueia a terapia.**

Quando um paciente procura uma terapia psicológica, encontra-se geralmente num conflito interno entre duas vontades fortes: a do consciente e a do inconsciente. Pelo consciente, apresenta ele as queixas sintomáticas: angústia, insônia, fobias, problemas de relacionamento, de saúde física e tantos outros males. Está ele que-rendo curar-se desses sintomas, porque sofre com os bloqueios internos da personalidade, porque percebe restrições que inibem a liberdade pessoal do ser e do crescer. De fato, qualquer conflito externo ou interno, que impeça o desabrochar equilibrado e progressivo do ser, acaba por refletir-se em problemas psíquicos e

psicossomáticos.

Mas é importante lembrar que não são tanto as situações problemáticas em si que nos fazem sofrer e sim a atitude que assumimos diante destas situações: é que nossa ordem natural de hierarquia interna requer que nosso consciente comande o organismo psicofisiológico. Respeitada esta hierarquia, o inconsciente, cuja. junção é de assessoria, adapta-se e ajuda o consciente nas suas [5] decisões livres. Infelizmente, porém, deixamo-nos seduzir, com muita freqüência, pelo bem aparente sugerido pelo inconsciente e nos tornamos vítimas dele. Quando o nosso inconsciente assume o comando de nossa personalidade, surge, então, uma desordem geral que se expressa primeiramente em ansiedade e angústia e, depois, através da mais variada sintomatologia e comportamentos negativos.

A dificuldade que temos em assumir o comando consciente de nós mesmos é a causa primeira dos desequilíbrios psicológicos e do desenvolvimento psicógeno de doenças físicas. Potencialmente, o nosso inconsciente teria poder suficientemente forte para impedir estes desajustes, mas a nossa opção livre, freqüentemente, é fraca.

A sedução do que nos agrada e o envolvimento emocional impedem uma análise clara e objetiva, enfraquecendo aquelas nossas decisões que devem comandar, a partir do nosso consciente e através do inconsciente, todo o organismo psicofísico.

Parece ser essa, realmente, uma manifestação psicológica do que é conceituado como “pecado originalO “não faço o bem que quero, mas o mal que não quero” do apóstolo São Paulo diz bem da nossa atual condição humana de descontrole. É como se o homem, ao desligar-se do elo máximo de sua hierarquia, que 6 Deus, tropeçasse sobre si mesmo e, perdendo o equilíbrio de ser humano, deixasse sua natureza psicofisiológica apoderar-se dele. Essa perda de equilíbrio entre o consciente e o inconsciente gera uma vontade dupla e contraditória dentro de nós mesmos. E quando um paciente procura a

terapia, essa vontade contraditória pode encontrar-se nele na forma exacerbada. Semelhante paciente *quer* e, ao mesmo tempo, *não quer* tratar-se. Melhor dito: o paciente quer ficar livre dos sintomas, mas não deseja pagar o preço de remoção das causas. Ou ainda: ele quer encontrar na terapia um apoio, uma atenção, mas não deseja enfrentar mudanças internas ou externas, não quer assumir as reformulações de opções de atitudes. É esse o paciente classificado de *“resistente".*

O paciente “resistente” é alguém que está em contradição consigo mesmo, não somente pelo seus desequilíbrios psicológicos, mas também em função de sua atitude livre e responsável. O paciente “resistente” sempre tem algo importante a conservar e que não deseja eliminar, por motivos vantajosos, os quais, às vezes, não conscientiza claramente, mas que podem ser conscientizados pela abordagem direta do inconsciente, desde que o paciente realmente *queira.*

A essas vantagens “que o inconsciente encontra” para não permitir que o paciente assuma plenamente a terapia, a Psicologia -denomina de “ganhos secundários”.

Um paciente “resistente”, quando procura o tratamento, comprova rapidamente o seu estado de dupla vontade. O “resistente” bloqueia a penetração em seu inconsciente, não para o terapeuta, mas para si próprio. Não relaxa, não faz a introspecção, nada percebe. Desculpa-se, dizendo que não consegue. O terapeuta experimentado utiliza-se de várias técnicas de quebra de resistência e de conscientização do paciente sobre os motivos desta resistência, mas há pacientes tão resistentes que bloqueiam até mesmo a compreensão do que está sendo esclarecido.

Se a resistência persiste, o processo ADI não pode ser utilizado com esse paciente, porque simplesmente não há progresso, não se realiza a terapia. Escapa aos objetivos da TIP mantê-lo por mais tempo em atendimento, quando a resistência persiste. Felizmente, a grande maioria dos pacientes

resistentes consegue vencer seus bloqueios com o auxílio do terapeuta.

Através da prática da terapia, toda esta realidade da vontade dupla evidencia-se constantemente.

Acompanhe-se, por exemplo, este caso: uma paciente, bastante obesa, procurou-nos após ter-se submetido a vários especialistas, sem sucesso algum no que se refere ao emagrecimento. Colocada era “nível I” — como continuaremos a chamar abreviadamente o campo de trabalho atingido pela ADI —terapizamos os problemas- causas ligados à sua obesidade, mas ela continuou não conseguindo perder peso.

Utilizamo-nos, então, do recurso de uma autotestagem para que a própria paciente pudesse descobrir que, apesar de sua decisão consciente de emagrecer, estava *resistente,* não desejava, em seu inconsciente, diminuir sua obesidade. Sugerimos à paciente que imaginasse uma balança de dois pratos: um à esquerda, outro à direita. Sobre o prato da direita, deveria ela colocar todos os motivos pelos quais desejava emagrecer. No prato da esquerda, colocaria os outros, aqueles que, apesar de negados pela paciente, faziam com que não quisesse perder peso. E para surpresa da paciente, o prato da esquerda, do “desejo inconsciente de não emagrecer”, pesou mais que o da direita! É que o “consciente” fazia a paciente julgar-se “feia e ridícula” como obesa, mas, em compensação, o inconsciente “contra-argumentava” que a obesidade era uma forma de chamar a atenção sobre si... E isto era para a paciente mais importante que o medo do ridículo!...

Nesse caso, ao lado da orientação médica, usamos de um processo de duas etapas para resolver o problema: primeiro, substituímos a necessidde de atenção por outro recurso, menos prejudicial que a obesidade: o sorriso. E a paciente emagreceu 9,5 quilos em apenas 12 dias. Depois, tratamos gradativamente da necessidade em si de chamar a atenção e ela perdeu mais nove quilos. Hoje já diminuiu ela um total de 35 quilos, com a ajuda de um

ligeiro regime alimentar, que antes nunca fizera efeito.

Outro exemplo de vontade dupla, de “resistência”, ou de “ganhos secundários” é o de uma mãe de um menino superprotegi- do. Fazia ela o tratamento para reeuperar seu filho, o qual, apesar de estar com 20 anos, era mentalmente infantil e demonstrava comportamentos autistas. No princípio, os resultados da terapia encheram a mãe de satisfação e até mesmo de euforia. Em cada sessão, relatava ela, com entusiasmo, o progresso de seu filho. Numa das sessões subseqüentes, porém, mencionou que seu filho estava ficando “independente”... E, a partir daí, segundo a mãe, o filho “não progrediu mais”, mas, ao contrário, estava retornando aos comportamentos antigos.

Colocamos a mãe em nível de relaxamento, até atingir o inconsciente (nível I), e, através de uma técnica semelhante à da “balança”, pedimos à paciente que buscasse dentro de si o real motivo pelo qual o filho não estava progredindo mais na terapia. A paciente, após alguns instantes, rompeu em choro convulsivo e falou: “Se ele ficar bom, vai me deixar... e o que será de mim que dediquei toda a minha vida só a ele?”...

O problema não foi difícil de ser solucionado. Bastou trabalhar com a paciente um novo sentido de vida, um motivo que lhe desse razão de viver, independente do filho... e o filho pôde ser tratado através da mãe.

Mas o caso ilustra bem o quanto o nosso inconsciente trai a nós mesmos, e nos conduz a muitas atitudes que jamais confirmaríamos conscientemente. O caso relatado mostra, além disso, como é necessário que tentemos conhecer melhor nosso inconsciente, para que possamos desmascará-lo com mais facilidade.

A pessoa em conflito entre os desejos do consciente e do inconsciente pode manifestar sua resistência no princípio da terapia, no meio ou até no final. A “resistência” final é o desejo de não acabar a terapia, de continuar tendo apoio, de manter uma dependência. A resistência “durante” o processo

de terapia aparece quando o paciente começa a se sentir aliviado dos sintomas e com o seu sofrimento diminuído. Então as vantagens secundárias em torno de seus males afloram com mais força. Em termos de símbolo da balança, a resistência durante o tratamento é a mudança do peso mais forte dos pratos da mesma, ou seja: no princípio, o desejo de curar (consciente) está mais forte que o de não curar (inconsciente); mas, após o alívio dos sintomas que mais incomodam, o desejo de conservar um pouco do sofrimento devido aos ganhos secundários passa a dominar. Quando isto acontece, o psicólogo precisa interromper o processo de tratamento e fazer nova motivação para eliminar tais ganhos secundários. Outro fator que interrompe o processo de cura do paciente com manifestações de resistência é o sentimento de culpa inconsciente. Semelhante paciente usa a resistência à sua melhora total como meio de autopunição.

O comportamento do paciente que persiste numa resistência no início da terapia é muito típico. Sua atitude é de fechamento, bloqueio total no que diz respeito ao "olhar sobre si mesmo, em profundidade". Qualquer referência à sua pessoa, feita pelo psicó-logo, é agilmente desviada para outro assunto ou outra interpretação. Ele não "ouve", não quer "entender" qualquer insinuação que possa comprometê-lo como colaborador de seus sofrimentos ou como responsável e ativo no processo de terapia. É um paciente que fantasia para si mesmo e acredita no que nega ou afirma e quer obrigar os outros a acreditarem nele. Pode ele ser representado perfeitamente pelo quadro dos três macaquinhos que fecham os olhos, os ouvidos, a boca, dizendo "não vejo, não ouço, não falo". E, ao mesmo tempo que este paciente não "consegue" compreender
— como diz — ou concordar com certos raciocínios desenvolvidos sobre sua pessoa, parecendo, neste sentido, de inteligência limitada, é desafiador e vivo na cobrança do psicólogo para que o cure. Este é um paciente que pede "hipnose", porque quer uma terapia que venha de fora, que não o desinstale.

Quando muito intelectual, quer ele conversar, compreender, discutir exaustivamente sobre a terapia, colocando-se sempre, de certa forma, numa atitude de superioridade, não assimilando as respostas que lhe são dadas e nunca se sentindo pronto para iniciar o tratamento. De tudo duvida, a tudo contesta. A resistência desses pacientes só pode ser vencida quando o psicólogo se coloca na posição de "contra-chantagem", numa atenção muito viva e constante. Precisa o terapeuta assumir a "guerra de inteligên-cias" para quebrar a argumentação de seus "agressor". De fato, o resistente é um agressor. O intelectual agride com seu conhecimentos para inibir seu terapeuta. Outros agridem com chantagem emocional, colocando-se como vítimas, pessoas a quem ninguém quer ajudar, para comover o terapeuta e ganhar a questão. Alguns insistem em que se continue a seqüência de sessões, que não se abandone a sua pessoa e, depois, cobram agressivamente o número de sessões que perderam sem sucesso. Enfim, a atitude do paciente resistente é a de passar ao domínio da situação, para impedir, por todos os meios, que ele possa ser atingido em seu íntimo e, paradoxalmente, cobrar que isso aconteça, não aceitar a suspensão da terapia e, caso ela seja feita, colocar-se como injustiçado, incompreendido, vítima rejeitada pelo terapeuta.

O resistente, portanto, é uma pessoa que necessita desesperadamente do tratamento, mas o impede e se defende contra ele com todas as suas forças. Veja-se, como exemplo, o seguinte diálogo de um intelectual resistente que nos procurou em depressão e angústia profundas, revelando sintomas de encaminhamento ao suicídio, motivo pelo qual era profundamente necessitado de. um tratamento urgente. Após a primeira sessão de terapia, que, evidentemente, foi apenas de esclarecimentos e de respostas a questionamentos do paciente, deixamos claro que a próxima sessão não seria mais de "conversa", mas de terapia. Todas as dúvidas que o paciente tivesse seriam respondidas após o encerramento do tratamento. Mesmo assim, na sessão

seguinte, o paciente, como era de se esperar de um resistente, quis ele “desfazer dúvidas”, pois tinha medo de que não desse certo o tratamento e que ele perdesse seu precioso tempo e dinheiro. Era isso uma “chantagem” para adiar o tratamento. Como “contra-chantagem”, respondemos que assumiríamos com ele um acordo: se víssemos que o tratamento não daria certo, interrompê- lo-íamos após aquela sessão. Mas, se a terapia fosse continuar e se, no final, ele não tivesse sido curado, devolver-lhe-íamos toda despesa feita. Mas em relação às dúvidas que ele manifestava, essas só seriam desfeitas no final da terapia — caso ainda existissem —, *conforme fora combinado.* A firmeza em manter o propósito inicial visava a proteger o paciente contra seu próprio prejuízo, mas qualquer explicação nesse sentido teria sido, para o paciente, um pretexto para continuar a sessão em debates, sem iniciar a terapia.

Colocamos o paciente em relaxamento e, usando das técnicas de proteção figurativa, conduzimo-lo ao porão de uma casa, esclarecendo que este simbolizava seu inconsciente e que nele seriam encontrados objetos e móveis de casa velhos e inúteis, os quais representavam os problemas do passado que deveriam ser retirados desse porão. O paciente viu seu porão escuro, como sempre é percebido quando há problemas antes do tratamento. Até aí a terapia seguia a normalidade. Foi então simbolicamente acesa uma luz e pedimos que o paciente revelasse quais os objetos que aí se encontravam. Nesse momento, o paciente assumiu a atitude de desafio, dizendo:

— “Não há nada; o porão está limpo e vazio.”

A contradição entre o “escuro” e a “ausência de objetos” revelava a inverdade do paciente. Pedimos-lhe então que “colocasse” nesse inconsciente uma figura-teste. A descrição da mesma evidenciava a existência de bloqueios no crescimento psíquico aos nove anos de idade, ausência de apoio de pai e mãe, traumas fortes em diversas idades e, principalmente, total insegurança, vazio existencial, medo e simultâneo desejo de morte.

Mas ao resistente intelectual não pode ser dada

oportunidade para discutir. Portanto, aceitamos a resposta, e pedimos-lhe que criasse dentro de seu “inconsciente limpo” a figura de um sábio que soubesse responder a todas as perguntas que lhe fossem feitas, de acordo com a “sabedoria inconsciente” do próprio paciente que seria, praticamente, infinita.

Criado o sábio, sugerimos que perguntasse ao mesmo o motivo pelo qual ele não “visualizava” (glossário) objetos nesse inconsciente. E o diálogo continuou:

Pac.: “Não vejo objetos porque não tenho mais problemas psicológicos. Foram todos resolvidos em terapias anteriores que eu fiz...”

Psic.: “Certo! Então pergunte ao sábio por que você continua se sentindo tão mal, tão deprimido, tão angustiado.”

Pac.: “Ele disse que meus problemas são físicos, são orgânicos.” Psic.: “Ok! Pergunte ao sábio se para ele existem problemas físicos totalmente desligados de causas emocionais ou psicológicas.”

Pac.: “Ele disse que existem muitos.”

Psic.: “Então peça que ele me dê o exemplo de um só problema orgânico seu que não esteja, em suas bases, ligado a uma situação psicoemocional.”

O paciente hesitou e respondeu:

Pac.: “Ele não vai responder a esta pergunta.”

Psic.: “Por quê? Será que ele não sabe citar um só exemplo? Ou será que ele está afirmando algo que não é verdade?”

Pac.: “Não é isto!... Aliás, agora ele já respondeu, ele disse: ‘sistema nervoso’!”

Psic.: “Pergunte a ele qual foi o fator físico que descontrolou o seu sistema nervoso.”

Pac.: “É o cigarro... Eu fumo demais! Eu queria deixar de fumar. Isto me faz mal fisicamente!”

Psic.: “Qual o motivo por que você fuma tanto? Quais os momentos em que você fuma mais?”

O paciente descreveu diversas situações em que fuma muito. Psic.: “Você quer dizer que fuma mais em momentos de ansiedade?”

Pac.: “Sim, é isto mesmo!”

Psic.: “E ansiedade é problema físico ou psicológico?!”

O paciente calou... Eu também encerrei o assunto. Simplesmente recoloquei-o novamente no “porão”, no seu “inconsciente” e solicitei que criasse “outro sábio, porque este não falara a verdade e se deixara manipular pelo consciente”. Expliquei que no inconsciente o “jogo da mentira” não se sustenta. Lá só funciona o da verdade profunda.

O paciente passou, então, a perceber e a descrever tranqüilamente os objetos simbólicos que descortinava em seu “porão”. Estava vencida a resistência inicial.

Houve outro caso curioso de uma moça cujo problema era somente o conflito entre a vontade consciente e a vontade inconsciente. A vontade inconsciente estava “assumindo o comando”. No momento em que esse “comando” foi revertido ao consciente, através de uma motivação mais forte, a paciente curou-se numa só sessão. Eis o caso:

A paciente, ainda muito jovem, queixou-se de amenorréia (ausência do fluxo menstruai). Explicou ao terapeuta que a menstruação viera uma só vez aos 11 anos, suspendera repentinamente e nunca mais retornara. A paciente já procurara médicos e especialistas, já tomara alta dose de medicação, mas nada resolvera seu problema.

Colocada em nível I, verificou-se que a interrupção do mêns- truo, aos 11 anos, devia-se a uma competição esportiva que coincidira com o acontecimento. “Eu não podia estar menstruada”, explicou agora a paciente, “pois isso me atrapalharia!” A paciente utilizara a força que o inconsciente tem sobre o organismo para barrar um processo fisiológico que se iniciara... E eliminou-o durante nove anos, porque não havia razões para modificar a “ordem inconsciente”, uma vez que a moça continuava sua vida esportiva!

Após o relaxamento, na mesma consulta, perguntei à paciente quais os motivos que a levaram a “querer menstruar”. A paciente, um pouco perplexa com a pergunta, explicou: “Ora, toda mulher precisa

menstruar.”

“Muito bem”, disse eu, “mas seu inconsciente não está convencido disso!... Vamos ver outros motivos!”

Continuando a entrevista, percebi que a paciente sentia-se muito só e que sonhava em casar e ter muitos filhos. Observei a “chantagem inconsciente”, que se resumia em querer menstruar apenas perto desse sonhado casamento. Utilizei-me, então, do que chamamos de “terapia de choque” e falei: “É! Eu acho que você precisa se conformar em não vir a ter filhos! Pois seus ovários já devem estar se atrofiando e seu útero deve estar se tornando infantil. Se essa questão não se resolver logo, você não vai poder ter filhos!”

A paciente ficou visivelmente nervosa e irada com minhas palavras. Criticou minha “falta de psicologia” em deixá-la mais aflita ainda... Como não respondesse, ela retirou-se, batendo violentamente a porta do consultório.

Poucos dias depois, enquanto eu atendia outra paciente, percebi que colocavam um bilhete debaixo de minha porta. Era da paciente citada e dizia: “Muito obrigada, já menstruei!... Depois lhe conto os detalhes... Um abraço M”.

Uma atitude firme e enérgica da parte do psicólogo é, muitas vezes, essencial para quebrar uma resistência de inconsciente. O paciente costuma então responder com agressividade, usa de ameaças, faz chantagens, afasta-se temporariamente... mas se estiver realmente sofrendo e se tiver coragem em ser sincero consigo mesmo, acaba compreendendo que aquela atitude do terapeuta era a única correta, era realmente a última oportunidade no sentido de auxiliar o paciente a reagir e a se curar. *A atitude enérgica* do terapeuta é uma *colaboração de força* transmitida ao paciente para que esse consiga vencer o seu inconsciente. Com a evolução da terapia, o próprio paciente aprende a ser enérgico, controlando seu inconsciente.

Por tudo que foi dito, compreende-se que um passo importante na terapia é o de ensinar ao paciente a comandar seu inconsciente em vez de deixar-se dominar

por ele. Para esse fim, usa-se da explicação verbal, de relaxamentos com sugestões simbólicas, de exercícios de projeção de imagens, da terapia de choque e, simultaneamente, de testes de avaliação para verificar a autenticidade dos resultados do treinamento inicial. Por outro lado, é nesta fase que já se percebe até que ponto os "ganhos secundários" predominam para permitir ou não a terapia. O paciente precisa compreender e de uma certa forma provar a si mesmo que não quer apenas resolver os sintomas, mas que está disposto a assumir uma terapia profunda de reformulação interna e de mudanças em muitos aspectos de sua personalidade. Qualquer restrição ou insinceridade bloqueia o processo, incapacitando o paciente totalmente para a percepção do conteúdo de seu inconsciente e, conseqüentemente, para a atitude de assumi-lo ou de curar-se por esse meio. Embora se disponha de muitos recursos para ajudar o paciente a quebrar a sua "resistência", somente o paciente é quem decide, em última análise, se vai ou não deixar que a resistência se quebre. A *autodeterminação*, ou seja, a capacidade de o paciente decidir livremente pelo que sabe ser realmente bom ao seu desenvolvimento de pessoa sadia e equilibrada, pode não ser muito consciente ao paciente, mas está em seu poder. O argumento tão freqüente no paciente resistente e que diz "eu não consigo visualizar" é, na verdade, uma forma de dizer' "ainda não sei bem se vale a pena olhar para dentro de mim' e enfrentar o que lá existe". No momento em que surge uma motivação mais forte, uma razão do "para que" mudar que realmente convença o paciente, o bloqueio da aparente incapacidade de "olhar para dentro de si" se quebra.

1.4 **REGISTRO E MEMÓRIA INCONSCIENTES**

A memória inconsciente difere essencialmente da memória consciente, sob variados aspectos. São níveis diferentes de percepção cognitiva e de registros de uma mesma mente

humana, que deveriam ser complementares...

Quando um paciente chega à nossa clínica, muitas vezes já traz consigo uma longa experiência de terapias. Acostumado aos métodos convencionais, reclama, então, desde o princípio, dizendo-se cansado de relatar seus problemas, dos quais já conhece também as causas ou, então, ao contrário, está preocupado em relatar longas histórias com muitos detalhes de sua vida. Em resposta, o psicólogo da equipe esclarece, para surpresa do paciente, que não será necessário que fale muito sobre os problemas que o atormentam. O paciente necessita apenas responder a algumas perguntas e citar, ligeiramente, os seus problemas principais, para que se possa fazer uma avaliação comparativa final.

O processo da ADI, conforme já foi esclarecido anteriormente, dispensa os longos relatos de "sintomas", porque o seu interesse volta-se para os problemas fixados no inconsciente e que podem ser buscados diretamente. Se cada trauma de inconsciente tratado elimina, em conseqüência, dezenas de sintomas negativos, não há necessidade de se focalizar, analiticamente, estes sintomas.

Na medida em que forem desenvolvidos os temas, nos próximos capítulos, com exemplos de casos clínicos, compreender-se-á melhor essa técnica: normalmente trata-se dos problemas revelados pela memória inconsciente e, no final da terapia, testa-se a terapia feita em relação aos sintomas queixados na anamifese (consciente) para ver se foram eliminados. Dispensam-se as correlações com a causa inconsciente, a não ser quando existe interesse especial em se conhecer esta relação. E se algum sintoma precisa ser conhecido melhor, este pode ser examinado a partir do inconsciente, onde aparece mais autenticamente em seu contexto global e causai do que quando indiretamente interpretado pelo relato consciente.

Veja-se. por exemplo, o caso de uma paciente relativamente equilibrada, com poucos problemas de passado, mas que sentia ser incomodada com uma

questão: não possuía noção de profundidade. Apesar de adulta, não conseguia ela atravessar a rua sozinha, porque não sabia calcular a distância dos carros.

A paciente disse que o médico a comparara, nesse sentido, a uma galinha que não percebe a terceira dimensão. Isso a barrava muito em suas atividades e lhe dava grande insegurança.

Feita a reativação da memória inconsciente, dessa vez, especi-"!' ficamente, em função do problema queixado, localizou-se a paciente colocada em um berço e sentindo muita vontade de engatinhar. Mas •' a mãe *não lhe dava essa oportunidade.* A paciente só saiu do berço quando começou a dar seus primeiros passinhos dentro dele.

Esse caso não exigia demorada terapia do contexto psicológico da situação. Na realidade, o que faltou à paciente foi vivenciar uma etapa do desenvolvimento motor. Por isso, excepcionalmente, usei a hipnose e pedi que a paciente, sentindo-se na infância, na idade em que o problema acontecera, engatinhasse no meu consultório.^ Após esta única sessão, o problema da ausência de noção de profundidade ficou resolvido e a paciente não mais sentiu necessidade em continuar a terapi|.

A revelação,que parte do inconsciente do paciente é sempre mais exata, porque não é envolvida pelo processo de racionalização.
E essa revelação acaba mostrando ao paciente, mesmo aos que pensavam conhecer seus “problemas e causas”, uma realidade totalmente diferente da que conheciam. Uma realidade que não foi interpretada pelo psicólogo, mas que foi descoberta pelo paciente, o que o deixa sem argumentos de contradefesa, de negação ou de distorção dos fatos verificados. No caso clínico relatado no capítulo anterior, por exemplo, a mãe que bloqueava o tratamento do filho, quando descobriu que o fazia, rompeu em choro convulsivo, mas não distorceu o que verificou, enfrentando a verdade. E, graças a isso, pôde melhorar o seu estado geral.

Na memória inconsciente, os registros

realizam-se de maneira muito diferente#da memória consciente. Se um paciente for solicitado a falar de seus 10 anos de idade, ele certamente contará sobre a escola que estava freqüentando, a cidade onde morava, o que costu-
mava fazer e algum fato que o impressionou. Se o mesmo paciente for colocado em nível I, poderá relatar o que disse um deles: “Estou sentado debaixo de uma árvore, brincando com umas pedrinhas... Sinto-me angustiado!” Através da condução do psicólogo, esse paciente continuou dizendo: “Papai e mamãe estão discutindo lá dentro de casa... Papai vai viajar. Viaja demais e a mamãe está com ciúmes...” O exemplo citado mostra outra característica do inconsciente (I), ou seja, a de que o paciente, no nível I, pode ir aprofundando suas percepções, tendo, então, uma penetração gradativamen- te mais ampla e profunda daquela que teria com uma percepção apenas consciente. Assim, no primeiro enfoque da cena, o paciente percebeu-se ou “visualizou-se”, como falamos simbolicamente na terapia, numa cena aparentemente tranqüila, “brincando com umas pedrinhas”. No entanto, quando uma cena semelhante é enfocada espontaneamente, algo há por trás que incomoda. Sabendo disso, pela experiência, pedimos ao paciente que observasse os sentimentos que existiam dentro dele naquele momento. Respondeu ele: “Sinto-me muito angustiado”. Continuando o processo de aprofun-damento, o paciente soube também da causa de sua angústia. É possível que ele nem estivesse ouvindo realmente a discussão dos seus pais, mas a percepção do inconsciente dá-se através de canais diferentes de comunicação, atingindo a percepção afetivo-emocional mais sensível que o ouvido físico que só escuta palavras.

No enfoque terapêutico em nível I, surgem sempre, espontaneamente e em primeiro lugar, as cenas de alto significado emocional e responsáveis por muitos sofrimentos atuais do paciente. Se o paciente, ainda não tratado e conduzido retroativamente a determinada idade, revelar de imediato cenas positivas, é sinal de que está tentando fugir de problemas mais graves

dessa faixa etária. E a recíproca é também verdadeira. Após o tratamento do trauma, se este estiver realmente removido, o paciente, ao ser conduzido à mesma faixa etária em nível I, não conseguirá mais perceber a cena negativa que lá existia, embora possa recordá-la em nível consciente. Esta característica da memória permite que se realizem os testes de avaliação final com muita perfeição, com mínima margem de erro, quando se afirma a cura psicossomática do paciente.

Outra diferenciação entre as memórias consciente-inconsciente é que o consciente enfraquece em relação aos fatos passados, na medida em que se aproxima dos primeiros anos de vida, sendo que a memória inconsciente não depende do tempo. A reativação da memória inconsciente, que designarei por RMI, focaliza qualquer questão, em qualquer época, com a mesma precisão.

A memória inconsciente, se não sofre a influência do tempo, é, no entanto, como falei logo acima, atingida pela emoção do paciente, principalmente a negativa. Daí, o “esquecimento inconsciente” existe, mas é uma defesa ligada ao grau de gravidade da emoção., Tal gravidade, inesperadamente, faz nada mais perceber ou “visua-i lizar”. Este é um momento que necessita da atenção do terapeuta e de técnicas especiais para quebrar-se o bloqueio. Atrás desse “nada” do inconsciente existe *sempre* um sofrimento mais sério para o paciente.

Para exemplificar esta característica da memória inconsciente não ligada ao fator tempo, mas à emoção, serve o caso clínico de uma paciente jovem de 18 anos. A paciente, colocada em nível I, relatou, sem dificuldade alguma, um trauma sofrido aos dois anos de idade, por causa de uma discussão de seus pais. Relatou também traumas da fase de útero materno, aos três e aos cinco meses, por indiferença do pai pela gravidez da mãe. Mas aos 15 anos não “visualizou” ela absolutamente nada. É que aos 15 anos tivera com seu namorado uma experiência sexual. E, embora a paciente em suas convicções

aceitasse este fato como natural, em seu inconsciente gerara-se um forte sentimento de culpa, uma ansiedade de autopu- nição, a ponto de vir a bloquear todas as iniciativas que a paciente, depois dessa data, tentava tomar. Quanto a esse caso, é importante frisar que a relação existente entre os mecanismos de autopunição e a experiência sexual da paciente somente foi descoberta através da sua percepção inconsciente. Em nível consciente, dificilmente se teria feito essa correlação, uma vez que a paciente era a favor da liberdade sexual entre jovens namorados.

A memória I, embora existindo sempre de forma viva, pode manter-se aparentemente desativada, enquanto a pessoa está com o seu tempo preenchido com muitas atividades e planos a realizar. Mas quando algum fato atual a coloca diante de si mesma, quando se criam situações graves de perda, quando surge a sensação de que a missão já foi cumprida, quando a pessoa não vê mais a sua utilidade ou tarefas a realizar, enfim, quando surge o que Viktor Frankl chama de “vácuo existencial” ou “vazio existencial”, “ausência de sentido”, então rompe-se, repentinamente, a casca de cobertura da memória I e o seu conteúdo aflora de forma violenta, através de sintomas variados e conjugados, quase como uma avalanche de problemas, não só psicológicos, como físicos. Pacientes que apresentam esse quadro precisam, com muita urgência, encontrar novo sentido de vida, antes mesmo de se submeter ao processo de terapia: e nesse aspecto a TIP se indentifica à Logoterapia, pois um paciente sem sentido existencial não assume o seu tratamento, uma vez que sua cura também não teria sentido. Um paciente com tais problemas necessita que os conteúdos inconscientes sejam trabalhados com urgência, pois, quando se desencadeou o deslanchar livre dos registros I negativos, o processo de somatização generalizada de doenças multiformes e graves não custa a se instalar no organismo. Uma demora pode impedir que se consiga, depois, o recuo desses males psicossomáticos.

Quero trazer dentro desse assunto as palavras de uma paciente, escritas por ela própria, para colaborar com nosso trabalho e com o objetivo de ajudar a outros.

Diz a mesma: “Tudo estava bem comigo, a não ser uma respiração ligeiramente asmática e um problema cardiológico crônico. Mas quando deixei de trabalhar fora, há três anos, comecei a me surpreender com repentinas sensações de tonturas. Fiz vários exames, inclusive EEG, mas estava tudo normal. Após o diagnóstico negativo, passei bem por 15 dias. A seguir, tudo recomeçou: tonturas, sensação de desmaio, s.uores frios e grande mal-estar geral. Certo dia, no consultório do dentista, senti-me tão mal que pensei morrer. Tive taquicardia e meu pulso foi a 130. Fui imediatamente ao médico e nada de anormal foi encontrado. Comecei a piorar dia a dia. O médico deu-me hipotensores, aumentando e diminuindo sua dosagem, acrescentou medicamentos para diminuir a taquicardia. Melhorei por alguns dias e depois tudo voltou mais uma vez e tão intensamente, que tive de ir para a cama. Passei a freqüentar o cardiologista semanalmente e até duas vezes por semana. Nada me aliviava o sofrimento. Comecei a ficar permanentemente de cama, sem condições de levantar e sentindo-me muito nervosa. O cardiologista mandou-me a um ginecologista, alegando que eu deveria estar entrando na menopausa.

Nesta época eu já me sentia tão mal, que não sei mais descrever em palavras tudo o que eu sofria. Era a sensação de desmaio, sudorese, taquicardia, tontura, ansiedade, depressão, inapetência, boca seca, insegurança, medo e, ao mesmo tempo, vontade de morrer.

Fiz os exames ginecológicos com ótimo especialista e ele constatou que eu estava com uma baixa de hormônios. Comprovou- me isso através de um *slide* do meu útero, que o mostrava de cor rósea clarinha. Havia também uma alteração no colo do útero. Comecei a tomar a medicação apropriada receitada para seis meses, mas após dois meses de medicação ingerida eu ainda não percebera nenhuma

melhora. Pensei então em me internar porque me sentia à beira da loucura.

Foi nesta época que me falaram de um curso de controle mental. Resolvi fazê-lo e descobri que eu poderia exercer alguma força benéfica sobre mim mesma e melhorar o meu estado. Compreendi também que meu problema era de origem emocional. Por isso procurei uma clínica especializada neste sentido e fui atendida pela psicóloga Renate...”

Anamnese: A paciente na primeira consulta deu poucos indícios de causas psicoemocionais que pudessem ser causadoras de seus males. Conscientemente lembrava-se apenas de um acidente aos 13 anos de idade e que teve de ser internada no hospital por causa de uma pleurisia, permanecendo nele para realizar 14 cirurgias no tórax. Falou, ainda, que voltou para casa neste meio tempo, mas que não se sentiu mais bem e retornou espontaneamente ao hospital, lá permanecendo durante longos anos. A pergunta sobre seus pais, disse que se entendiam bem, e que não se recordava de problemas relacionados com eles. Era este o registro da *memória consciente.*

Tratamento: Conduzida a<5 nível I e feita a reativação desta memória, bem outra realidade apresentou-se: desde o útero materno, a paciente percebeu violentas discussões entre seus pais, porque o pai jogava cartas e deixava a mãe sozinha. “Mamãe não me quer, porque papai não lhe dá apoio!” Ao mencionar isso no consultório, sua respiração tornava-se difícil, do tipo asmático. Dessensibilizada essa rejeição em relação à boa recepção que teve o nascimento, a respiração mudava instantaneamente, durante o processo de terapia. A primeira crise violenta de bronquite asmática a paciente teve aos 10 anos de idade. Procurando o motivo, ela viu seu pai separando as melhores frutas para o seu irmão que estava com pleurisia e deixando para ela as frutas menos boas. Associando inconscientemente essa “rejeição aparente” do pai à sua rejeição no útero materno e à somatização da respiração asmática, mais a pleurisia do irmão, doença que mereceu para este “as frutas melhores”,

estava aí, claramente definida, a causa da bronquite asmática, logo mais “aperfeiçoada” para uma “pleurisia”, que nem a do irmão!

Veja-se, portanto, a diferença incomparável do conteúdo que é revelado pela memória consciente daquilo que pode revelar a memória inconsciente.

No processo de terapia, procuramos substituir sobre o nível I os traumas revelados. A paciente pôde descobrir que não teria sido preciso provocar uma pleurisia para competir com o irmão, buscando a atenção do pai. Após ter ela compreendido que o pai a amava tanto quanto ao irmão, a paciente foi conduzida, dentro da orientação logoterápica, a ver o valor de sua saúde, enquanto o irmão estava doente, e a renunciar às “frutas melhores” em favor daquele irmão que sofria. Compreendeu ela também o que fazia com que seu pai deixasse a mãe para jogar e entendeu que a questão era diferente do que ela sofrerá, ou seja, não era falta de amor do pai pela mãe, tratava-se de outro tipo de problema do pai.

Todos os outros traumas encontrados foram dessensibilizados ou substituídos por outros conteúdos.

Resultado da terapia: A paciente, durante o processo de tratamento TIP, interrompeu, sem nos falar, toda a medicação, inclusive a hormonioterapia (após dois meses). Apresentou-se novamente ao médico ginecologista, depois de seis meses, e este falou-lhe que estava surpreso com a sua excepcional melhora. Os problemas de colo do útero haviam sumido e o *slide* revelava agora um órgão vermelho grená, perfeitamente sadio. A paciente não contou ao médico que estava fazendo tratamento conosco, nem que havia interrompido a hormonioterapia há quatro meses.

Os outros sintomas queixados na anamnese e relatados pela própria paciente também desapareceram. E, como diz a paciente: “Todas as pessoas do meu convívio notaram minha grande mudança.” Realmente a paciente é hoje alegre, simpática, positiva, agradável, equilibrada e sadia.

Na última avaliação, notamos ainda um ligeiro chiado em sua respiração, embora a própria paciente

se julgasse curada da asma. Descobrimos nesta atitude um “ganho secundário”, uma necessidade de reter alguma coisa doentia para si. Esse problema final só poderia ser removido se a paciente encontrasse uma atividade, um “sentido de vida” que a absorvesse a ponto de fazê-la superar esse restante de necessidade egocêntrica, motivado pela antiga carência afetiva. É o que já está sendo trabalhado nas últimas sessões.

Há um aspecto interessante da diferenciação da memória consciente e inconsciente, no que concerne à ampliação de nossa capacidade mental. Dissemos que o consciente tende a perceber fatos isolados e entre eles devem ser feitas as correlações racionais. O inconsciente não percebe fatos, mas descortina um campo de informações, o conjunto de uma cena, de um acontecimento e seu significado emocional. Se treinamos o consciente e o inconsciente a complementarem mutuamente suas percepções, teremos uma compreensão incomensuravelmente mais ampla e mais profunda do que normalmente conseguimos ter.

A conhecida figuração da pedra jogada no lago, que cria círculos concêntricos sobre a água, vale também para a soma das memórias consciente e inconsciente. A pedra no lago é acontecimento percebido pelo consciente. E o campo de círculos concêntricos da água é o inconsciente. Mas a comparação é ainda fraca, pois des- monstra apenas a dimensão horizontal.

Exemplos da vida diária para compreender a manifestação conjunta das duas memórias não faltam. Temos o *insight* (inconsciente), que aparece repentinamente na mente do psicólogo, quando este está analisando atentamente (consciente) uma porção de dados sobre o seu paciente. É aquele estalo (inconsciente) que acontece na percepção do dedicado médico, quando se empenha no estudo dos exames (consciente) que devem conduzir a um diagnóstico. E a intuição da mãe que, ao ver seu bebê chorando, “sabe” (inconsciente) que ele está com cólicas, com dor de ouvido, molhado ou com fome.

Observe-se que, em todas estas condições de percepção mais ampla dos fatos, está presente o

elemento “emoção positiva”, o amor, a dedicação, o desejo de ajudar, que evocam o auxílio do inconsciente e ampliam nossa capacidade consciente. A rejeição, o ódio, o egocentrismo também evocam a colaboração do inconsciente, pois também são emoções, mas fazem-no no sentido oposto, em termos destrutivos, perturbando ou bloqueando o raciocínio consciente.

A memória inconsciente retém tudo que acontece conosco e com os outros, numa amplitude praticamente ilimitada, conforme iremos explicando nos próximos capítulos. Mas são os registros afetivo-emocionais negativos que estão relacionados com os desequilíbrios, os traumas e as tendências para doenças físicas. E são os registros afetivo-emocionais positivos que, evocados pela reativação da memória inconsciente (RMI), podem fazer a substituição dos negativos, recuperando o paciente.

O paciente, enquanto submetido ao processo de tratamento, aprende a perceber sua memória inconsciente, a reativá-la e a criar uma nova estrutura de registros positivos. Neste processo, que é de tratamento e de treinamento, o paciente, além de curar-se, vai-se transformando em pessoa mais positiva, alegre, construtiva, colabo- radora com o bem comum. Toda pessoa com coragem de enfrentar sinceramente a si mesma é capaz de aprender a diferenciar a memória consciente da inconsciente e a utilizar-se da capacidade do inconsciente para restaurar seu equilíbrio psicossomático e para servir-se da saúde recuperada, no sentido de melhor cumprir sua missão no mundo — finalidade que é um fator psicológico importantíssimo para a manutenção de um bem-estar recém-conquistado.

1.5 A MEMÓRIA INCONSCIENTE DE VÁRIAS GERAÇÕES

Há uma média de quatro gerações de inconscientes dos

antepassados, vivos e atuantes, em nosso inconsciente... e nosso inconsciente será transmitido a mais quatro gerações.

A metodologia da TIP tem como uma das bases de seu trabalho a “reativação da memória inconsciente”, técnica que já abreviamos por RMI. O objetivo é detectar problemas, etiologias, traumas psicossomáticos em sua origem primeira e, logo a seguir, pela mesma RMI, substituir esses “registros negativos” por “positivos”, ou seja, por vivências positivas, que também se encontram registradas no mesmo inconsciente, ou, então, dar um sentido, valorizar o sofrimento passado.

Essas “vivências” não são fatos isolados do inconsciente do paciente. Tanto os registros positivos como os negativos foram lançados no I através do relacionamento com outras pessoas, especialmente através das experiências afetivo-emocionais do paciente com seus pais, seus avós, seus parentes mais próximos. Assim, para realizar-se a terapia de substituição de registros, não basta reativar as lembranças inconscientes do paciente em si, mas é preciso compreender o inconsciente das pessoas que, na época, colaboraram com a formação de traumas. É preciso compreender qual foi a real motivação de gestos, palavras ou atitudes do outro que feriu a personalidade do paciente e quais os registros positivos atenuantes a serem encontrados na sua personalidade ou nas circunstâncias que envolveram o acontecimento e que tanto marcaram a memória inconsciente do paciente. Pois o inconsciente, embora oferecendo a possibilidade de remoção total de traumas, exige substituições autênticas para que a cura e o processo de quebra de cadeias se efetue, não bastando, a longo prazo, a sugestão ou a simples imaginação de fatos positivos não acontecidos. Essa necessidade conduziu à descoberta de que no inconsciente de toda pessoa encontra-se o registro completo e ativo de várias gerações de inconscientes. E, através de semelhante registro, faz-se contato com o inconsciente destas gerações a todo momento que for preciso.

Por meio do arquivo vivo do inconsciente, pode-se encontrar o pai, a mãe, os avós, bisavós e também

parentes ou amigos colaterais, focalizá-los na infância, compreendê-los em suas doenças e em seus problemas ou lutas, em sua personalidade e, isto, com muito mais precisão que pelo contato pessoal, direto. Não são poucos os pacientes que, após a terapia, atestam ter passado a conhecer seus pais, em poucas horas de tratamento, melhor que em anos de convivência. E a compreensão profunda conduz a respostas mais adequadas, a um melhor relacionamento na vida do dia-a-dia, o que, de certa forma, comprova a autenticidade do que foi compreendido em nível I.

Outros detalhes dessas propriedades do I são a possibilidade de se focalizar o inconsciente dos antepassados da forma como eram na época do acontecimento traumatizante, dentro do contexto em que então as pessoas viviam e pouco importando se hoje estão vivas ou mortas, pois está se lidando com os registros no inconsciente do paciente, não com as pessoas em si. Dentro da mesma linha de raciocínio, entende-se também que a busca do inconsciente dos antepassados não sofre alterações com o fato de o paciente ter ou não conhecido o ancestral do qual resultaram certos comportamentos ou tendências psíquicas suas, da mesma forma como isso não faz diferença para as heranças físicas, na Medicina.

Um exemplo da terapia facilita a compreensão: determinado paciente queixou-se ao psicólogo de angústia, fobias, agressividade, especialmente contra a autoridade e contra o pai e, conseqüentemente, de sentimento de culpa e de atitudes de autopunição. No caso, conduziu-se o paciente ao inconsciente do pai, quando este era menino, de 5, 7, 9 e 12 anos. O paciente percebeu o sofrimento de seu pai, maltratado pelo avô, incompreendido, injustiçado e rejeitado. Percebeu que seu pai, desde então, fechara-se sobre si mesmo e bloqueara a expressão de afetividade. “Viu” que seu pai desejava dialogar com o paciente, no caso, o filho, mas não sabia como fazê-lo, não “havia aprendido” como se conversa com um filho. Compreendeu, inclusive, que o pai sofria com isso, mas não conseguia sair de seu “fechamento”. Entendeu *emocionalmente* — pois não basta compreender intelectualmente — que seu pai o amava e não o

rejeitara.

O segundo processo de terapia focalizou a cura do pai “dentro do inconsciente do paciente”. Isso é importante, mesmo que o pai já tenha falecido, porque um pai desequilibrado “dentro do inconsciente” do paciente funciona vivamente como modelo de identificação.

No caso enfocado, após a cura do pai no inconsciente do paciente, estava este último preparado para assumir, também na vida real, um novo relacionamento e conseguiu em pouco tempo, e seguramente, quebrar a atitude ensimesmada do pai, despertando-o para o diálogo. A mudança do pai estendeu-se beneficamente para os outros irmãos e para a esposa.

Num terceiro enfoque do caso, lembramos que esse paciente era casado e já tinha filhos homens. Para surpresa sua, ao tentar “curar o pai dentro de si”, percebeu o quanto também ele era semelhante ao pai, embora jamais fivesse admitido isso conscientemente. Percebeu, ainda, que tratava sua esposa de maneira similar à forma que o pai tratava a mãe e repetia atitudes que o faziam sofrer na infância. Finalmente, compreendeu que seus filhos já deviam estar sofrendo também as conseqüências desse conjunto de situações.

Veja-se como o tratamento da ADI conduz naturalmente à cobertura de várias gerações. No caso acima, foram elas em número de quatro, embora só duas fossem ligadas ao passado. Mas toda vez que seja preciso, em função da terapia, ir mais longe, em direção aos antepassados, vai-se, com a mesma facilidade, até quatro, cinco e seis gerações, para buscar respostas da causa de certas fixações, obsessões, sofrimentos, preconceitos, tendências e também de dados positivos que não podem ser encontrados apenas sobre o I do paciente.

A experiência neste campo comprova, a cada instante, que trazemos de nossos antepassados não apenas a hereditariedade física, mas também a psicológica e a noológica e que tal “hereditariedade” pode ser reativada na memória inconsciente.

No que diz respeito às doenças físicas, fala a

Medicina que, além da herança, a doença para ser adquirida pelo descendente está ligada ao fator "predisposição". E é exatamente esta predisposição que o nível I esclarece. Diante de estímulos emocionais negativos, o paciente "escolhe", inconscientemente, a "identificação" à doença do pai, da mãe, dos avós, etc. Daí se explica como acontecem as curas de males físicos. Na reativação da memória I, o paciente descobre e tem oportunidade de reformular esta identificação para cortar a raiz do mal e substituir a "programação" inconsciente, tanto de problemas físicos como de psicológicos. Morrendo a raiz, des- lancha-se um processo de quebra de cadeias, como já explicamos, e o paciente se cura dos sintomas e de suas etiologias mais longínquas ou mais recentes.

Em relação às várias gerações de antepassados por nós herdados, é importante frisar que o inconsciente dos ancestrais faz parte do nosso inconsciente e que está em atividade dentro de nós; não é um arquivo morto. Insistimos nesta questão porque o paciente, muitas vezes, acha desnecessário esforçar-se por mudar "dentro do seu I" o comportamento de seus ancestrais já falecidos, através das alternativas que, na época, se ofereciam. Tem ele, por vezes, dificuldades de compreender que está tratando do seu próprio inconsciente e de sua personalidade, não da de seus parentes. Por outro lado, porém, se tais antepassados ou parentes ainda vivem, são eles, de alguma forma, atingidos por esse tratamento — como veremos no próximo capítulo.

A herança ou as tendências que estão dentro de nós, portanto, chamam à imitação e à repetição. Dois aspectos, porém, são relevantes nessa questão: primeiro, que não são apenas físicos, mas psíquicos e noológicos. As vitórias pessoais que nossos antepassados tiveram sobre suas fraquezas, seu esforço, as reformulações de atitudes, os comportamentos novos adquiridos e as atitudes nobres de autotranscendência e de conversões para Deus também estão registrados na memória inconsciente. Na terapia, toda esta riqueza pode ser reativada e

apresentada como alternativa para novas opções, nova identificação do paciente e em troca de escolhas inconscientes anteriores. Uma terceira consideração deduz-se das anteriores: *a evidência de uma nova dimensão da liberdade humana, capaz de reestruturar, não apenas o presente e o futuro, mas, inclusive, os efeitos negativos vindos do passado.*

Observa-se também que os registros positivos atingem o inconsciente com força mais decisiva que os negativos do passado, embora estes, na terapia, se manifestem primeiro. Explicamos melhor: quando o paciente é conduzido ao seu nível I na procura de sofrimentos, aflora, de imediato, o que foi negativo, não o positivo. Mas quando o inconsciente dos antepassados revela certas características que são por nós conhecidas pelo nome de “virtudes”, estas, mesmo sem que se eliminem os traumas, parecem criar na personalidade do descendente uma espécie de infiltração mais forte sobre o todo de suas reações e comportamentos, de tal forma que o efeito dos traumas diminui.

Pode-se compreender essa observação pela grande força da dimensão noológica do ser humano sobre o seu todo psicossomático. Aliás, o grande neuropsiquiatra vienense Viktor Frankl, por esse mesmo motivo, designa a dimensão noológica como a dimensão por excelência do ser humano, a qual pode criar, no momento presente, reformulações de atitudes tão positivas que a consideração de traumas do passado se tornaria até desnecessária.

Estude-se, neste sentido, o caso da seguinte paciente: uma mulher falou-nos, na anamnese, sobre seus sintomas. Não eram muito graves: dores de cabeça, algumas dificuldades ligeiras com os filhos, alguns problemas no relacionamento conjugal. A continuidade da terapia revelou, além disso, uma mulher de coração fechado, sem emoções. Genericamente era ela, porém, uma paciente de razoável equilíbrio, que conseguia manter externamente um bom convívio na comunidade e apresentava aparência boa e saudável. No entanto, o seu inconsciente revelou traumas muito graves. Teve ela um pai sem caráter, frio e

indiferente, que se utilizava da própria amante para provocar abortos na esposa, o que foi finalmente responsável pela morte da mãe desta paciente. Na ocasião, o pai aceitou essa morte com a mesma frieza de sempre, substituindo a esposa, logo a seguir, pela amante. A paciente tinha apenas tenra idade quando perdeu tão tragicamente sua mãe. Ninguém sabia a real causa dessa morte, mas a paciente o sabia e guardou o segredo no coração, que, a partir daí, fechou- sé para as emoções e sentimentos. Esse fechamento foi reforçado também porque, com a morte da mãe, a paciente parecia ter perdido o seu lugar no mundo. E que o pai e as irmãs, desde que a paciente se encontrava no útero materno, nunca haviam concordado que ela viesse a nascer. Diziam que “já havia gente demais nesta casa” e agora criavam-lhe um clima insuportável, de total indiferença e rejeição. Enfim, a paciente tinha traumas que justificavam não apenas o desequilíbrio psicoemocional ou de somati- zação, mas até mesmo a esquizofrenia, a psicose maníaco-depres- siva ou a debilidade mental, conforme se sabe da experiência TIP.

Na medida em que fazíamos a RMI dessa paciente, através do “processo retroativo” (glossário), só encontramos duas expli

Inconsciente = depósito do registro de quatro

gerações e que se projeta para mais quatro gerações

cações para a saúde da paciente, apesar dessas condições tão desfavoráveis: primeiro, o *caráter da mãe*\ embora a paciente só convivesse com ela na fase de gestação e dois anos depois de nascida; e, segundo, a opção da paciente, o bom senso, o uso adequado de sua liberdade e de sua autodeterminação consciente sobre o inconsciente.

Interessou-me, no entanto, saber como a própria paciente interpretaria esta questão, e ela, em nível I, por meio de uma fala pausada e lenta, explicou: “Sou sadia porque mamãe foi uma santa... Cumpriu seu dever de esposa, por mais difícil que fosse e até onde lhe foi possível ... Transmitiu-me força e coragem ... Foi mulher de muita oração ... E eu sei que são suas orações que me acompanham até hoje ... Foram elas que evitaram que eu projetasse meu pai em Deus e que de Deus me afastasse ... Mamãe conduziu-me também a uma vida de oração. E a oração deu-me força, ajudando-me a superar os problemas do passado. Estou vendo agora, pela primeira vez, que eu fui curada de muitas feridas psíquicas por minha vivência religiosa e por ajuda da mamãe! Só agora é que compreendo que, sem isto, talvez já tivesse me suicidado!”

O depoimento relatado ilustra como um curto tempo de influências, consideradas pela paciente como altamente positivas, puderam gerar em sua personalidade impressões mais profundas e permanentes que as influências negativas do pai. Assim, a verificação de que, além de herdar, também se transmite o inconsciente a uma média de quatro gerações, pode assustar a princípio, pela responsabilidade que dá, mas pode, também, confortar. Isto porque todo o esforço pessoal de crescimento em termos de humanização irradiará um inconsciente mais sadio e positivo aos descendentes e trará o consolo de ver-se o fruto deste esforço nos netos e bisnetos.

Ao encerrar este capítulo, não podemos deixar de lembrar aqui um fato interessante que, embora com

outras palavras, confirma que a força da “herança positiva é mais forte que a negativa”. Trata-se de uma revelação religiosa, encontrada no Antigo Testamento, cuja origem data de quase três mil anos AC e que diz: “Eu sou o Deus zeloso, que castigo a iniqüidade dos pais nos filhos até a terceira ou quarta geração daqueles que me odeiam, mas uso de misericórdia até a milésima geração com aqueles que me amam e guardam os meus mandamentos.” (Deut. 5:9, 10)

1.6 PROPRIEDADES ESPECÍFICAS DO INCONSCIENTE

Entre as propriedades específicas do inconsciente, ao lado das já mencionadas, estão a atemporalida- de, a ausência de limitação de espaço e de matéria, a “realidade potencial”, a capacidade de comunicação não-verbal, o processamento de dados, os fenômenos paranormais e o controle sobre a hierarquia de valores. Todas essas propriedades têm relação com a saúde integral do paciente.

A memória I e sua reativação, assunto que já foi desenvolvido, mostra que a qualidade e a intensidade das lembranças do nível inconsciente não sofrem alteração pelo fato de se distanciarem da atualidade em direção ao passado, ou seja, que pouco importa se as recordações envolvem acontecimentos recentes ou da infância, do útero materno, no momento da concepção. O inconsciente, portanto, é *atemporal.*

Em termos de compreensão do psiquismo humano e do nosso tratamento, esta atemporalidade I é muito significativa. Devido a ela, certos fatos vivenciados pela criança manifestam-se, no adulto, através de sintomas, que levam à mesma carga emocional da época em que aconteceu o trauma causador dessas manifestações sintomáticas. E como se a pessoa, naquele aspecto, não tivesse evoluído. E uma faceta de reações infantis que nela permanece. E se questionarmos o paciente, em nível I, sobre a idade ligada a semelhante sintoma, ele identificará aquela que corresponde ao sofrimento gerador do mesmo, ainda que não tenha nenhuma lembrança consciente relevante

desta faixa etária.

Foi esta a situação de uma paciente de 25 anos, que amava seu esposo, mas sentia-se totalmente bloqueada em sua vida íntima de sexualidade. A reativação da memória I conduziu-a aos cinco anos de idade, quando sofreu uma agressão sexual de um adulto, fato que conscientemente tinha esquecido. A formação sexual, o preparo intelectual sobre o assunto que adquirira posteriormente e vários tratamentos não haviam conseguido modificar suas reações emocionais de aversão ao sexo. Nos momentos do seu encontro conjugal, uma espécie de pânico apoderava-se dela.

A paciente, na terapia, pela característica da atemporalidade, reviveu o trauma dos seus cinco anos com muita emoção e choro. Mas pela mesma "atemporalidade", pôde ela agora, no passado, reelaborar a cena. Fez-se a reativação de outros aspectos da memória inconsciente da época do trauma e buscaram-se os conteúdos I da personalidade do agressor, para descobrir-lhe os pontos fracos. A paciente percebeu que seu agressor era covarde. Reformulou, assim, sua atitude de sofrimento passivo da época, trocando-a por uma reação física de defesa, acrescida da ameaça de tudo contar ao seu pai. Viu que este procedimento teria evitado o q e lhe aconteceu. Aos poucos, a paciente "visualizou" a fuga do agressor e suspirou aliviada e vitoriosa. O que aconteceu nesta terapia foi a substituição de uma "realidade acontecida" pelo que chamamos de *"realidade potencial do inconsciente"* ou RPI (glossário), ou seja, pelo "fato que poderia ter acontecido". Essa segunda cena foi reforçada na medida em que se acrescentaram a ela as experiências posteriormente adquiridas pela paciente. No teste de avaliação, tornamos a conduzir a paciente, em nível I, aos seus cinco anos de idade. Neste ponto, a paciente, após alguns segundos de reflexão, falou: "Estou batendo num sujeito, mas não sei por quê... Só sei que ele merece!" Havia-se eliminado a cena traumática do inconsciente — embora ela pudesse ser recordada agora, conscientemente e sem sofrimento emocional. Conseqüentemente, o problema da paciente

também se resolveu, conforme ela depois nos testemunhou.

No que diz respeito à RPI, é preciso esclarecer que não basta ao paciente "imaginar" um quadro diferente para que a cena traumática seja realmente eliminada e substituída. É preciso que a cena de fato "pudesse ter acontecido" ou que as "outras explicações" sejam autênticas. Sabe-se disto pela experiência, quando, por exemplo, o terapeuta, ao desejar acelerar o processo de substituição, levanta algumas possibilidades para consideração do paciente. Se estas não correspondem à "realidade potencial", não serão aceitas.

Certa vez, por exemplo, uma paciente "via-se", logo depois do nascimento, com muita fome, mas rejeitando o seio materno e vomitando o pouco que sugava. Explicava a paciente, sobre o nível I, que não queria mamar para evitar a ligação com a mãe, pois ela a rejeitara na fase intra-uterina e ingerira chás e drogas para abor- tá-la. A paciente chorava e se retorcia, mas não queria mamar na mãe. Como terapeuta, sugeri-lhe, então, aquilo que comumente acontece, falando-lhe que a mãe provavelmente a rejeitara por outras circunstâncias adversas e porque ainda não a conhecia, mas que logo ao vê-la a aceitara com carinho... A paciente silenciou como quem estava examinando a veracidade do que eu dissera, mas logo a seguir reclamou com violência: "Não é verdade! Mamãe é egoísta e está dizendo para o papai que^u só vim para dar-lhe trabalho e para não deixá-la viver a vida como quer!" O que não é verdade, portanto, pode, no máximo, ter efeito sugestivo temporário, mas não remove nem substitui o registro negativo. Sabe-se, por outro lado, da autenticidade da RPI, quando certas condições do passado traumático do paciente ainda permanecem no presente e, portanto, criam a oportunidade de testar-se as soluções que foram encontradas sobre o nível I. É o caso, por exemplo, da compreensão profunda dos motivos que geraram e que continuam gerando problemas de desentendimentos conjugais entre os pais do paciente. Por inúmeras vezes, o paciente, após a

terapia, consegue levar seus pais a um melhor entendimento, fazendo uso dos recursos que descobriu no inconsciente. O mesmo é valido em relação aos filhos, aos amigos, aos cônjuges, aos colegas de trabalho e até em relação a inimigos de muitos anos.

Esta ação do paciente sobre o meio pode ser realizada sem palavras, donde se deduz que é possível *fazer uma comunicação entre os inconscientes* das pessoas, no momento presente e de uma forma *não-verbal.*

De fato, o inconsciente tem uma linguagem própria de comunicação que depende de treino e aprendizagem, da mesma forma como é preciso aprender a falar na comunicação consciente. Na realidade, é preciso reaprender a comunicação inconsciente, pois esta é a primeira e natural linguagem de comunicação da criança. Por isso, algumas pessoas, geralmente levadas por um mecanismo de defesa diante de muito sofrimento, conservam essa capacidade paralelamente ao desenvolvimento consciente, o que é encarado pelos outros adultos como estranho, quase misterioso. São eles chamados de “sensitivos” pela Parapsicologia, mas seu “mistério” resume-se numa capacidade natural e bem desenvolvida de realizar a comunicação direta e não-verbal de inconsciente a inconsciente.

Todo paciente que se submete ao tratamento sobre o inconsciente e que, portanto, aprende a trabalhar e a assumir o controle do mesmo, pode desenvolver também essa capacidade e passar a utili- zar-se dele com muita tranqüilidade e naturalidade. A comunicação não-verbal de inconsciente a inconsciente, sendo uma aprendizagem como outra qualquer, exige compreensão consciente, atitudes de concentração, exercícios e técnicas. Um “sensitivo” não tratado, nem treinado, não sabe explicar de que forma faz essa comunicação 1. E por não estar este contato submetido ao controle consciente, é mesclado com projeções de seus problemas pessoais e de seus desejos. Mas um sensitivo trabalhado pelo nosso método pode tornar-se um grande auxiliar da abordagem direta do inconsciente, principalmente diante de bloqueios de pacientes e nas “resistências”, porque ele esclarece

o conteúdo dessa teimosia, levando o paciente a conscientizá-lo.

A comunicação não-verbal e atual entre inconscientes evidencia outras características deste nível mental, ou seja, *a ausência de limitação de matéria e de espaço.*

O nosso inconsciente tem também funções que se assemelham ao processamento de dados de um *computador.* Todas as experiências da vida, a maioria delas não conscientizadas, são dados lançados no inconsciente e, em seguida, automaticamente processados.

Tal qual um computador, a mente humana tem a memória "rom" de assuntos arquivados para serem oportunamente utilizados ou reativados e a memória "ram", de assuntos necessários ao momento presente. A diferença é que tal computador não é externo ao homem e é este o seu operador, o que coloca o automatismo lado a lado com as decisões livres ou conscientes do ser humano.

De fato, é o ser humano quem programa o computador que é seu inconsciente. As mais diversas reações são provocadas, no organismo e no psiquismo, por força dessa programação. A experiência tem-nos mostrado que há sempre um pensamento, um raciocínio, mesmo que não claramente consciente, antecedendo a um processo de doença física. Poder-se-ia dizer, metaforicamente, que o inconsciente fica atento a ordens do consciente e, no instante em que os dados chegam a ele, acontece, então, o processamento e o deslanchar automático da somatização de uma doença. Quando o programa já se encontra em execução no organismo, é, então, um pouco mais difícil conter-se ou fazer regredir o mal. Mas quando se consegue surpreender o paciente na fase de programação mental, anterior à entrada de dados no inconsciente, pode-se, então, não só evitar a doença que estava por acontecer, mas prevènir outras subseqüentes. Os médicos de nossa equipe já encaminharam aos psicólogos vários pacientes depressivos que apresentavam sintomas indicativos de breve entrada na fase melancólica e essa crise foi evitada antes que o

mal atingisse as sinapses nervosas e a síndrome típica dessa segunda fase.

O que se observa é que as doenças físicas ou psíquicas não são uma resposta automática aos ataques de vírus ou germes, ou a outros agentes, mas há também “motivos” inconscientes, que interferem no desencadear ou no impedimento de doenças. Tais motivos podem ser a fuga a situações difíceis, a auto-anulação por ausência de sentido de vida, a autodestruição por sentimento de culpa e tantos outros. A mudança desses “motivos”, pela cura de traumas e substituição dos mesmos com registros positivos, a reformulação de atitudes, a motivação para a descoberta do sentido existencial anulam essas necessidades de doenças e podem cortar essa programação ao impedir a entrada de dados no inconsciente ou, então, ao bloquear o processamento destes dados.

Na terapia da RMI, nunca se deixa de perguntar ao paciente, quando esse se percebe doente, sobre as “razões” do mal que está sofrendo. E o próprio paciente, embora muitas vezes estranhando a pergunta sobre o “motivo” de uma infecção, de uma virose, de uma pneumonia, de uma paralisia e, embora tendendo numa primeira instância a justificar-se com explicações do campo médico, tais como “o vírus estava no ar”, ou “eu brinquei muito na água”, ou “eu estava muito fraco”, logo a seguir indica ele uma causa mais profunda e afetivo-emocional, assim como: “mamãe e papai estão brigando”, “vai nascer um irmão e ficar em meu lugar”, “papai é infiel à mamãe”, “eu não queria ir para a escola, porque os meninos riem de minha roupa”, etc. Vê-se também, no tocante ao I, no passado, através da “realidade potencial”, que determinado mal físico não teria surgido se esses sofrimentos psicoemocionais tivessem sido evitados da forma como são reelaborados com a substituição pelos registros positivos. E, se a doença é atual, o mal elimina-se durante o processo de terapia, primeiro psiquicamente, ou seja, pela desprogramação do inconsciente, e dias ou semanas depois, pela recuperação da saúde física.

Outra propriedade do inconsciente é a existência nele de uma espécie de força ou energia capaz de atuar sobre o próprio organismo, sobre outras pessoas e sobre objetos. Freud já a havia observado ao referir-se à “energia intrapsíquica” dentro da intricada construção teórica e prática da Psicanálise.

Durante a experiência do tratamento, observa-se, igualmente, a cada instante, que não apenas existe uma comunicação não-verbal de compreensão profunda entre os inconscientes, mas também uma comunicação de *ação* entre os mesmos. Ainda que não se saiba com exatidão qual a natureza física desta *energia,* verifica-se, no entanto, pelos efeitos, que o inconsciente pode ser comandado a agir positiva ou negativamente sobre o psiquismo e o organismo da própria pessoa e de outros indivíduos. E esta canalização de forças ativas costuma acontecer espontaneamente entre todos os seres humanos, mas principalmente entre os membros de uma família e entre pessoas afetivamente relacionadas.

A emissão da energia I parte de uma atitude de vontade firme e decisiva, realizada através de raciocínios às vezes tão rápidos que não chegam a ser claramente conscientizados. Ela adapta-se e obedece muito mais a um estado total da pessoa do que a um simples pensamento, porque este pode conter conflitos de dois desejos ou vontades contraditórias. Assim, para que uma pessoa transmita irradiação positiva, não basta um simples “querer” racionalizado, mas é preciso “ser”. Uma pessoa que carrega em seus sentimentos egocentrismo, ódio, revolta e inveja, ou que não esteja bem consigo mesma, tende a desequilibrar seu psiquismo, a apresentar somatizações físicas destes conflitos e sua energia I, portanto, fica perturbada. Ao contrário, uma pessoa sinceramente empenhada em ajudar os outros irradia uma atitude de paz e equilíbrio, primeiro sobre si mesma, sobre seu organismo e psiquismo e, a seguir, transfere a mesma energia para aqueles que a cercam ou a quem ela deseja ajudar. De fato, não é possível desejar mal a alguém sem antes prejudicar-se a si

mesmo, pois a atitude mental agressivamente negativa gera conflitos, sentimento de culpa, a autopunição e daí disfunções orgânicas e somatizações.

Como exemplo de energia I perturbada, veja-se o caso clínico de uma senhora que se dizia dotada de capacidades extraordinárias no sentido de curar as pessoas com a imposição das mãos. Certa vez, ao impor as mãos sobre uma senhora de idade, uma imagem colocada ao lado da mesma partiu-se ao meio sem que ninguém a tocasse. Posteriormente, na terapia, a paciente, em nível I, foi conduzida a descobrir a causa real desse fenômeno que ela, até aquele momento, havia considerado como milagroso. Sobre o inconsciente, descobriu, então, que a senhora sobre quem ela impusera as mãos lembrava-lhe a sua própria mãe contra quem a paciente tinha muita revolta e ódio inconscientes. A sua energia I, portanto, era um misto de vontade de ajudar e de agressão violenta, o que, transferido, causou o fenômeno de “destruição” da imagem.

Todas estas funções I, até certo grau, são normais e constantes na mente humana, embora nós pouco as conscientizemos. E elas, em si, não têm conotação positiva ou negativa, mas somos nós que lhes imprimimos este caráter. Em condições especiais, principalmente, quando há desequilíbrios psicológicos e do nível noológico, ou, ainda, por outros motivos, todas essas capacidades e propriedades do I podem ser exacerbadas. Surgem, então, os fenômenos que constituem o campo específico da Parapsicologia. Tais fenômenos são os mais variados. Assim, por exemplo, a “ectoplasmia” é a capacidade I de separar certas substâncias do corpo, concentrá-las e criar formas físicas; a “ideoplastia” é a capacidade de concretizar idéias; a “telecinesia” é a movimentação de objetos ou a formação de ruídos; a “bilocação” é a capacidade de estar simultaneamente em dois lugares, e há um número grande de outras manifestações classificadas pela Parapsicologia, as quais basicamente se resumem na provocação inconsciente no organismo de reações bioquímico- elétricas anormais e altamente concentradas sobre determinado objetivo a

ser atingido.

Esses exageros funcionais do inconsciente podem ser motivados pelo doentio e insaciável desejo de auto-afirmação e pela chamada de atenção sobre si, por agressividade reprimida e vingança, mas também por um desejo muito forte de realizar algo extremamente importante e de ajuda ao outro, como aconteceu tantas vezes na vida de grandes homens da história humana e cristã. O fenômeno é o mesmo, mas são diferentes a causa e a finalidade.

Uma de nossas pacientes tinha desenvolvido a capacidade de bilocação. A paciente fazia a bilocação até mesmo no consultório, quando o assunto a conduzia a definições mais comprometedoras. Essa capacidade especial fora aprendida por ela no terceiro mês de gestação, onde ficou por três dias entre a vida e a morte, por atuação mental negativa da mãe. Tratei dela e consegui recuperá-la em aproximadamente 75% de seus problemas. Mas a paciente bloqueou a cura final, porque era-lhe interessante conservar a capacidade de fugir instantaneamente de ambientes não desejados, assim como não quis ela perder a conotação de “misteriosa”, o que lhe gerava muitos “ganhos secundários” de atenção e de valorização. No entanto, a paciente, nesse final, já não era mais “vítima” dessas bilocações, como acontecia antes, quando seu pensamento transformava-se em energia psicocinética instantaneamente, mesmo durante o sono. Hoje, quando a paciente usa seus recursos psicocinéticos, faz isso conscientemente. Não pude, porém, considerá-la curada, porque ainda é egocêntrica, não totalmente equilibrada e sadia em seus objetivos noológicos.

O leitor que se ateve atentamente sobre tudo que foi exposto em relação às propriedades do inconsciente deverá concluir, fiesse final, que os problemas humanos não podem ser tratados de forma eficiente se o paciente não for considerado globalmente, inclusive em seus aspectos noológicos e moral-religiosos, em sua conceitua- ção de valores ou em relação à inversão dos mesmos.

Somente assim é possível compreender as origens primeiras dos desequilíbrios psíquicos ou psicossomáticos do paciente. É preciso entender o paciente nesse conjunto, no dinamismo integral,

expressado através do intercâmbio consciente-inconsciente, o que se torna possível pela abordagem direta do I. Apenas o enfoque do paciente em sua globalidade permite que ele possa ser encaminhado ao especialista que se ajusta ao problema real do mesmo, impedindo que, ao sofrimento da doença, seja acrescida a angustiante situação de vagar na incerteza, de médico em médico, de exame em exame, em busca de diagnóstico, enquanto a doença se agrava e o processo de tratamento não se inicia ou é ineficiente.

1.7 A DIMENSÃO ANTROPOLÓGICA DO INCONSCIENTE

O ser humano não é apenas a resultante psicofisio- lógica dos seus antecedentes ou de condicionamentos ambientais, mas possui uma dimensão pessoal, livre, perfeita, responsável, diferenciada dessas influências e capaz de sobrepujá-las.

Nos capítulos precedentes, falamos sobre o inconsciente, especificando-o em conteúdo e funções, explicando a natureza de sua memória, que guarda o registro de várias gerações e exerce sua influência sobre o descendente, podendo perturbar-lhe a personalidade e a saúde. Mencionamos o nosso processo de tratamento que procura libertar o paciente dessas influências, realizando tecnicamente a eliminação dos registros negativos do inconsciente e a substituição deles pelos positivos. Na próxima série de capítulos sobre o “inconsciente na família”, continuaremos demonstrando, por meio de casos clínicos tratados, como uma criança e o adulto podem ser prejudicados por esse arquivo de registros negativos do I, na medida em que ele age sobre o todo psicossomático, sobre a vida familiar, social e profissional.

Desse conjunto de enfoques, poder-se-ia ser levado a concluir que cada paciente é apenas uma triste vítima indefesa do seu passado, que se assemelha a um robô já programado com pouca ou quase

nenhuma liberdade, que os pais são os grandes réus deste sofredor e que a pessoa, só pode ser libertada dessa carga quando submetida a uma terapia especializada.

Tal conclusão, de forma alguma, corresponde à realidade da nossa experiência. O processo de conduzir o paciente ao seu I e fazê-lo reativar essa memória para a percepção dos traumas que lá se encontram registrados em função de influências negativas sofridas é apenas uma das fases do processo, a fase inicial, o estágio preparatório dos objetivos-fins da terapia. A seguir, o paciente será convidado a reativar outros aspectos da memória I e será questionado pelo terapeuta sobre atitudes diferentes que, na ocasião do passado, teriam sido potencialmente possíveis. Seriam estas alternativas de comportamento ou de atitudes que teriam evitado aquele traunia. Em casos em que o trauma não teria sido evitável, o paciente é convidado a descobrir valores positivos na mesma questão, tais como a experiência, a aprendizagem, o amadurecimento e muitos outros. O segundo passo do processo, portanto, a "substituição" dos registros negativos por positivos, é, para o paciente, uma espécie de revisão de suas atitudes e comportamentos face a situações difíceis da vida e é também a retomada de novas decisões e opções, orientadas dentro de valores mais humanísticos, tais como o que Victor Frankl chamou de "autodistanciamento do sintoma", ou "auto-transcendência", ou "busca de um sentido" naquele sofrimento. Essa "substituição" pode ser compreendida pelo exemplo que Eli- sabeth Lukas (logoterapeuta) usou, quando uma mulher lhe disse que sonhara com um precipício entre ela e seu marido e que concluíra pela necessidade de separação dos dois, ao que a eficiente psicoterapeuta contra-argumentou: "Certo! Mas a senhora também pode concluir que chegou a hora de construir uma ponte!"

Na "substituição", portanto, "constroem-se pontes". Conduz- se o paciente a compreender dimensões bem mais amplas de sua capacidade e de sua liberdade.

E então o paciente, ao contrário do que se supunha, percebe-se cada vez menos como vítima indefesa daquilo que sofreu, compreendendo sua própria participação com os traumas, ainda que de forma inconsciente. Após a compreensão clara destas realidades, o inconsciente apresenta ainda uma vantagem que o assemelha ao computador, no sentido de que, se novos dados positivos forem nele lançados, ele os processa e elabora, multiplicando esses efeitos em direção ao consciente. Em outras palavras — como já explicamos noutro capítulo —, não só se quebram as cadeias de generalização negativa deslanchadas a partir de um trauma, mas cria-se nova cadeia positiva, a partir da “substituição” elaborada, cadeia que atinge o consciente estimulando o paciente a reagir de forma mais

ativa e construtiva face às circunstâncias nas quais o mundo atual e futuro o coloca, O paciente, portanto, em vez de sentir-se o “produto do meio ambiente”, reconhece-se como responsável e fica preparado a assumir esta nova atitude após o tratamento.

O clímax da descoberta de uma capacidade livre e responsável acontece no instante da concepção. Nesse momento, o paciente descobre nitidamente o seu eu original, diferenciado das realidades psicossomáticas herdadas de seus pais. A cena que se esboça à sua percepção na junção dos gametas é o surgimento do “eu” para dar vida humana a esse encontro, é a percepção e a assistência visual (interna) ao acontecimento da formação de seu próprio ser único e irrepetível, é a observação de si mesmo, por dentro, por fora, sem limites materiais. Tudo isso constitui para o paciente uma experiência indefinível e intransferível, mas que o convence de realidades irrefutáveis da dimensão livre, espiritual e transcendental do homem. Compreende-se daí o motivo pelo qual os pacientes encontram nesse tratamento uma cura e restabelecimento completos, isto é, não apenas se libertam de seus males psicofísicos, mas desenvolvem sua dimensão noológica, e encontram-se com seu Deus, o que tendem a expressar agora numa autêntica vivência religiosa, projetada beneficamente sobre o relacionamento familiar e sobre a ativa participação comunitária.

É interessante notar que a percepção desse “eu” acontece em todos os pacientes, sejam eles ateus, materialistas ou religiosos. Denominamos a esse “eu”, simplesmente, de *eu-pessoal,* embora ele pareça caracterizar-se como sendo o princípio vital humano e possa ser identificado também ao termo “alma” do conceito religioso.

O que a experiência nos demonstrou sobre o *eu-pessoal* não foi apenas que ele existe, mas também que tem, como o inconsciente, propriedades específicas. Veremos, a seguir, algumas destas características, resumindo, inclusive, aspectos já lembrados:

a) o *eu-pessoal,* embora surgindo simultaneamente

com o corpo e expressando-se pelo processo de corporização no útero materno, tem características *próprias e distintas* desse corpo do qual faz parte integrante;

b) o paciente distingue, no momento da concepção, que o seu eu tem dois aspectos: um psicofísico e material, vindo dos pais, outro imaterial, representando sua pessoa. Mas percebe-se que os dois se fundem e formam, no ovo, *um único ser-,*

c) *esse eu-pessoal é livre* e, em princípio, capaz de evitar as influências psicofísicas ou ambientais que agem sobre ele. Ele teria

d) sido capaz de impedir a instalação da grande maioria dos sofrimentos dos quais se queixa um paciente. E essa constatação quebra, de imediato, o conceito de que somos *vítimas* passivas do passado. Quando alguém se torna "paciente" e precisa submeter-se a um tratamento, é porque a seleção de influências recebidas, por circunstâncias várias, não foi bem realizada e porque a pessoa não encontrou outro meio de libertar-se delas. Submetendo-se, então, ao processo de reativação da memória inconsciente e às técnicas de eliminação e substituição dos registros desse nível, esse paciente redescobre o seu eu original e encontra nova oportunidade para reestruturar a sua saúde, a personalidade e seu sentido de vida.

Podemos figurar o que falamos até aqui sobre o *eu-pessoal* da seguinte maneira:

A

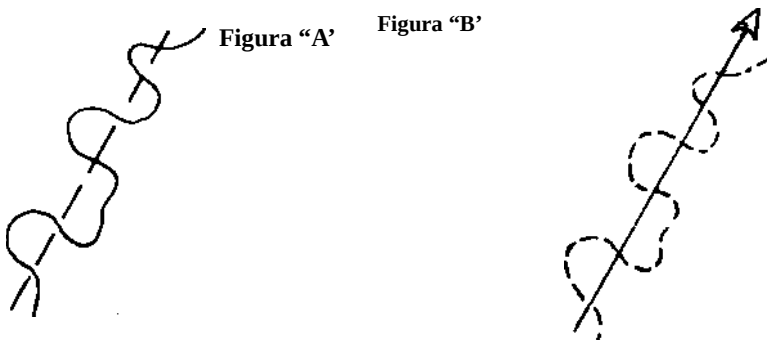



Figura "A'

Figura "B'

Código

influências dos pais, antepassados e ambiente

/- eu-pessoal

s

eu-pessoal perturbado pelas influências

eu-pessoal original não perturbado, apesar das influência

Na figura A, temos o *eu-pessoal* em sofrimento como normalmente o encontramos quando um paciente vem fazer a terapia. As influências dos pais, antepassados e do ambiente conseguiram perturbar e modificá-lo. O paciente não assumiu, em sua vida, a

capacidade potencial do seu eu original.

Na figura B, temos o *eu-pessoal* do paciente depois de terapi- zado, após o processo da RMI, quando os registros traumáticos foram eliminados e substituídos por positivos. O eu original aflora, é reforçado e o paciente tem a oportunidade de reposicionar-se positiva e equilibradamente face a novos problemas e diante da vida futura;

e) o *eu-pessoal* é também o *coordenador das funções do consciente e inconsciente* e decide sobre o conflito entre esses dois níveis mentais, dos quais o consciente busca o *bem real* e o inconsciente, o *agrado.* Cabe ao *eu-pessoal,* pelo bom uso de sua liberdade, decidir pelo caminho da humanização plena e ordenar a busca inconsciente do agrado e a tendência para a satisfação direta das exigências psicofisiológicas para essa humanização.

Se falamos em *bom uso da liberdade, é* porque, na realidade, existe só uma direção geral para o *eu-pessoal* consciente e livre: a escolha dos caminhos que conduzem ao pleno desabrochar do ser humano. Na prática, isso significa uma contínua opção na escolha de valores, metas, sentido existencial. Qualquer erro nessa escolha inverte o processo de humanização e joga o homem em direção à animalização. Pois o inconsciente, embora voltado diretamente para proporcionar o agrado ao nível psicofisiológico, globalmente está , orientado para o atendimento psicoespiritual do homem. É o que conhecemos na Filosofia por "orientação teleológica" do ser humano: a orientação de cada nível inferior de sua estrutura para o nível imediatamente superior. E para zelar por essa ordem interna no ser humano existem no próprio inconsciente funções de autocensura e autopunição, que desencadeiam a sua ação automaticamente toda vez que o *eu-pessoal* permite uma inversão dos valores. Isso é um mecanismo de defesa do nível noológico, pois a inversão de valores, na hierarquia interna do ser humano, é

sinônimo de processo de *autodestruição do homem.*

De acordo com este raciocínio, fala Chauchard, Doutor em Medicina e Ciências e considerado o maior neurofisiólogo do mundo: “Curioso paradoxo: no momento em que os filósofos modernos rejeitam a metafísica, as noções de essência e de natureza, nesta mesma ocasião os biólogos se tornam defensores da noção de natureza humana, daquilo que é ser *homo sapiens.”* E prossegue, mais adiante, referindo-se a essa essência: “Há uma moral natural que depende de nossa constituição orgânica. Recusá-la é ignorância que, por sua vez, é uma falta de higiene...” (Chauchard, “O Domínio de Si”).

De fato, é uma falta de higiene — no sentido de que conduz à falta de saúde — negar a ética natural intrínseca do homem, pois isto leva à inversão de valores. E quando há inversão de valores, as funções inconscientes de autocensura e autopunição expressam-se por meio de sintomas de desequilíbrios psicossomáticos, os quais tendem a ser resistentes à medicação e a outros processos de tratamento. Criam-se outros grandes sofrimentos, como o medo da morte e a angústia existencial e tantos similares.

Assim a nossa terapia evidencia, a partir da experiência, certas verdades sobre a natureza humana que sobreviveram através do tempo e atravessaram milênios.

Pela autocensura inconsciente, nós próprios nos fiscalizamos com muito mais rigor do que o faz qualquer instituição externa de ordem social ou religiosa. E, se não nos apercebemos deste controle exercido em nós pelo *eu-pessoal,* é porque não estamos acostumados a fazer a introspecção para procurar a causa de muitos dos nossos sofrimentos e angústias, porque preferimos não tomar conhecimento dessas causas, que exigiriam de nós mudanças de atitudes. No entanto, tais mudanças em função de nosso “bem real” é que nos devolveriam a nossa autêntica liberdade. O próprio Cícero, orador e filósofo do Império Romano, embora pagão, compreendeu esta verdade, a ponto de conceituar tal conduta moral como sinônimo de

exercício de liberdade.

Verifica-se, portanto, que o ser humano não é apenas definido claramente em sua constituição intrínseca sob o aspecto mineral, vegetativo e animal, mas também em sua estrutura psicoespiritual. A sua necessidade ontológica de realizar-se, caminhando em direção à sua plena realização, a qual, por sua vez, resulta da transcendência para os outros e para Deus, não é uma imposição moralista ou religiosa externa ao homem, mas emergente da própria natureza integral de seu ser.

Por outro lado, os valores básicos que se evidenciam naturalmente do I do homem, para surpresa de muitos, são semelhantes e estáveis e não relativos à aprendizagem social. Resumem-se, entre outros aspectos, na premente necessidade do homem em julgar-se bom, em sentir-se útil, em achar importante o equilíbrio entre direitos e deveres, em sentir-se feliz pela doação ou pela autotrans- cendência e em perceber que deve evitar o mal. O que foi por nós observado encontramos explicado em Santo Tomás e em outros estudiosos do homem e de seus fenômenos moral-religiosos, sociais ou antropológicos. Essa ética presente no I do homem pode ser resumida ainda no código dos Dez Mandamentos encontrados no Antigo Testamento das Sagradas Escrituras.

Jean Stoezel, professor da Universidade René Descartes de Paris, publicou, em 1983, um livro sobre um levantamento de opiniões realizado em nove países da Europa sobre valores do tempo presente. O questionário, mais tarde analisado por computador, atingiu 12 mil pessoas selecionadas dentro de critérios da pesquisa científica e inter-relacionava as mais diversas variáveis. As respostas finais, embora evidenciassem algumas digressões superficiais, revelavam, no entanto, que, na realidade, o homem de hoje conserva em seu íntimo as mesmas diretrizes de valores moral-religiosos e sociais de todos os tempos, mesmo sobre questões de sexo, família e casamento. As variações para uma moral mais permissiva não estavam relacionadas com o mundo moderno, com a época, mas apenas com a idade, ou

seja, o jovem, hoje mais permissivo, retoma com o passar do tempo aos conceitos básicos e tradicionais desses valores.

Observe-se, portanto, que semelhante impulso ético natural, embora geralmente conhecido e divulgado de forma normativa e impositiva, é, na realidade, não uma exigência externa, mas uma exigência interna do homem para consigo mesmo;

f) o *eu-pessoal* nesta sua função de coordenador do consciente- inconsciente busca sua *referência* na transcendentalidade do homem, na sua abertura para o Absoluto, para o encontro com Deus.

O fenômeno religioso natural ao homem é comprovado. Conhe- cemo-lo revelado por Jung e, hoje, antropólogos tais como Rudolf Otto, Vander Leew, Wach e outros comprovam não só que todo homem é naturalmente religioso, mas que a forma de compreender Deus é similar através da história dos homens. Essa experiência, portanto, pode ser sintetizada através de características comuns, apesar da enorme variedade de religiões existentes. Tal possibilidade de síntese prova, acima de tudo, o que já foi aqui mencionado: que o ser humano, como qualquer outro ser, é ontologicamente definido e tem uma estrutura e constituição intrínseca, estável, a qual inclui o aspecto psicoespiritual e ético-religioso.

A síntese que apresentamos a seguir é de Joachim Wach, de seu livro “Comparative Study of Religion”. Diz ele, na conclusão:

“1 — O fenômeno religioso (na humanidade) se apresenta como algo que dá sentido último a todas as coisas. Esse sentido último é compreendido como sendo um “ser” soberano (supremo, poderoso, independente) que nos transcende. É ele um ser totalmente diferente (totalmente outro). Todavia, o homem pode entrar em contato com ele.

2 — A aproximação do homem desse Ser exige dele uma resposta total.

3 — Desse contato total do homem com o Ser Absoluto resulta uma experiência ímpar (excepcional, inigualável) que envolve o ser humano como um todo.

4 — A experiência do encontro com este Ser não deixa o homem como era antes, mas tal experiência cria nele uma ação radicalmente transformadora.”

Essa síntese sobre o fenômeno religioso natural do ser humano e sobre as características dessa experiência mostra um aspecto que não foi mencionado pelos antropólogos, mas que interessa, em função da experiência da terapia. Observa-se que os três primeiros itens da síntese descrevem como o homem vê, sente Deus e se aproxima d’Ele. Até esse ponto da síntese, o fenômeno religioso poderia ser interpretado como sendo apenas um comportamento típico e universal do ser humano, uma religiosidade psicológica (Jung) que nada diz sobre a existência ou não de Deus. Mas o quarto item explica que a experiência do contato com esse Deus gera uma ação radicalmente transformadora na pessoa, portanto: no fenômeno religioso de Wach, há a verificação de uma “resposta” que não é do homem, que não parte dele. Por um raciocínio lógico, poder-se-ia concluir, a partir daí, pela existência de alguém que responde, ou seja, pela existência de Deus.

Há cientistas, como Einstein, Chauchard, — que há pouco mencionamos — e Penfield, que têm concepções interessantes sobre fé, religião e Deus, descrevendo estas realidades a partir do ângulo de suas descobertas científicas. Einstein as relaciona com “a Relatividade e o Absoluto”; Chauchard, com a Biologia; e Penfield, com as suas descobertas, através do mapeamento do cérebro durante as neurocirurgias. A maioria dos grandes e verdadeiros cientistas sempre acreditou e defendeu a existência de Deus;

g) o *eu-pessoal é completo* desde a concepção. Não é ele ontologicamente sujeito a crescimento ou desenvolvimento, como o corpo. O *eu-pessoal* não é criança, nem adulto, nem limitado em sua percepção. Ele apenas se desenvolve qualitativamente.

O paciente, conduzido pela RMI à concepção, percebe-se por inteiro e com toda a sua capacidade psicofísico-mental-espirítual. Não há como negar essa experiência. Uma objeção que se poderia levantar contra a mesma vem da Medicina, quando esta esclarece que a ausência ou escassa formação de neurônios dos

primeiros meses não permitiria semelhante percepção total. Outra objeção poderia vir da filosofia aristotélica, segundo a qual “nada há no intelecto que primeiro não tivesse passado pelos sentidos”.

Entende-se, porém, que o homem é inteligente, pelo seu consciente e inconsciente e não só pelo seu intelecto. Seria apenas preciso verificar se os sentidos já funcionam no ovo humano. E é a própria Biologia que nos responde a essa questão ao provar que na primeira célula do ser humano já está programada toda a vida deste ser. Nessa célula existem, em forma de “semente”, os neurônios, o físico, o psiquismo, o homem todo. Assim, a afirmação de que o ovo humano já “sente” torna-se cientificamente possível, mesmo que não comprovada. E a experiência de casos clínicos com a RMI confirma que este ovo realmente já sente física e psiquicamente e que já sofre e decide livremente, como se nesse aspecto fosse sempre plenamente desenvolvido;

h) o *eu-pessoal é perfeito.* Nâo há defeitos nesse eu imaterial ou espiritual que se une aos gametas masculino e feminino no momento da concepção. As imperfeições sob o aspecto físico vêm através dos pais, através de gens, de cromossomos, mas também, já desde a concepção, vêm de estados psicologicamente negativos desses pais, da ação e da influência muito decisiva sobre o *eu-pessoal,* o qual por assimilação e identificação pode iniciar, desde então, dentro do útero materno, o seu processo de somatização de doenças e de autodestruição;

i) o *eu-pessoal é responsável.* A vida nos questiona e pede uma resposta; é o *eu-pessoal* que responde, ou seja, que nos torna “responsáveis”. As características anteriormente apontadas mostram-nos claramente que, apesar das influências negativas que agem sobre nós, nunca perdemos totalmente nossa liberdade, podemos sempre discernir, optar e reagir diferentemente. Confirmando isso, diz-nos Paulo VI: “Quaisquer que sejam as circunstâncias, o homem é sempre o artífice principal de seu sucesso ou de seu fracasso” (Encíclica Populorum Progressio).

Através de nossa experiência, foi possível distinguir nitidamente as influências psíquicas que agem sobre o paciente daquelas que resultam das próprias decisões livres do *eu-pessoal.* Um trauma pode gerar em nós impulsos, sentimentos de revolta, angústia, mas é o *eu-pessoal* que decide se, por causa disto, vamos agredir ou prejudicar alguém. Na prática, chamamos esta decisão livre que parte do *eu-pessoal* de *caráter* para diferenciá-lo do *psiquismo,* resultante de influências passadas.

O *trauma,* por exemplo, pode criar em nós uma revolta contra a injustiça e a pobreza; mas é o *eu-pessoal* que nos leva a reagir com indiferença, com violência ou, ao contrário, com atitudes construtivas.

O *trauma* pode gerar num jovem uma indiferença pelo sexo oposto e até uma atração pelo mesmo sexo, mas é o caráter, o *eu-pessoal* que decide pela prática do homossexualismo, não o desequilibrio. Por maiores que sejam os nossos sofrimentos, não perdemos nós totalmente o discernimento do que está de acordo ou do que é contrário ao nosso processo de humanização, do que é bom ou mau, conforme os ditames de nossa tendência ética natural. Ainda que, para conveniência nossa, nos convençamos de filosofias contrárias ao nosso código de moral intrínseco, no íntimo intuímos a verdade e, por isso, não podemos impedir que nosso inconsciente deslanche sempre suas funções autocensurado- ras e autopunidoras. Da mesma forma, em caso de escolha do bem, o *eu-pessoal* responde com autogratificações positivas e construtivas, dando-nos paz e alegria. Viktor Frankl (em “Fundamentos Antropológicos da Psicoterapia”) estende as observações por esta responsabilidade, inclusive, às psicopatias. Diz ele: “Com base na psicopatia, um belicoso é somente belicoso, mas não tem que se tornar assassino. Não é a agressividade que mata, é a pessoa quem decide cometer um assassinato.” Ou: “Conheço paranóicos que, impulsionados por suas idéias de delírio persecutório, mataram os supostos perseguidores e inimigos. E conheço também paranóicos que se limitaram a fazer caretas.” Ainda: “Há

pacientes que por causa de uma depressão se suicidam, enquanto outros, por amor a uma causa ou a uma pessoa, logram superar os ímpetos de autodestruição";

j) o *eu-pessoal é único e irrepetível.* É assim, único e irrepe- tível, que o *eu-pessoal* emerge da experiência. Os pacientes não localizam a existência de seu *eu-pessoal,* antes da concepção, se bem que possam, pelo registro de seu inconsciente, ter *conhecimentos* de uma média de quatro gerações anteriores.

O fato de o nosso inconsciente conter o registro integral de nossos antepassados, da vivência desses e, portanto, das pessoas que com eles se relacionaram, não pode ser confundido com a manifestação real dessas pessoas. Em termos de percepção inconsciente, sentimento e somatização, é perfeitamente possível que imitemos um desses antepassados, como se ele se fundisse ao nosso *eu-pessoal.* Isso pode acontecer sem que a pessoa se aperceba do fenômeno, quando acontece em nível inconsciente, mas pode também ser buscado conscientemente e, especialmente, pela ADI. É muito importante que o paciente aprenda a discernir *o eu que conhece* daquilo que é *conhecido.* Muitas vezes o paciente escraviza-se ao seu próprio inconsciente, pensando ter recebido ordens e mensagens, perdendo sua liberdade de agir e de decidir porque não consegue realizar esse discernimento. Outras vezes julga situações ou pessoas pelo que *"ouviu de algum antepassado falecido"*, como explica.

De fato, a percepção inconsciente dos antepassados expressa-se através dos nossos sentidos. Essa é a explicação por que podemos ter *visões, ouvir* ou *sentir* a presença de pessoas distantes ou mesmo das que já faleceram. Podemos perceber sua voz, podemos consultá-las e ouvir o que *diriam* como resposta, mas *não porque elas nos respondem e sim porque seu inconsciente se encontra registrado, vivo e atuante em nosso inconsciente.*

Esse processo *figurativo,* de imaginar o outro ou de imaginar o próprio inconsciente como outra pessoa para fazer consultas, faz parte do nosso método de

terapia. Mas é ele apenas um sistema que facilita o trabalho terapêutico, o que é claramente explicado ao paciente. Assim, para que o paciente possa perceber a sua sabedoria profunda e inerente ao seu *eu-pessoal,* o psicoterapeuta não lhe pede que *consulte a sua sabedoria,* mas que imagine um ser que para ele se assemelhe a um sábio para simbolizar a sua sabedoria e que consulte, depois, a esse sábio imaginário.

Por esse meio também se torna possível verificar, sobre o nível I, se o paciente foi ou não gerado por amor. E isso não porque o *eu-pessoal* já existisse nesta época, mas porque as circunstâncias do ato que gerou esse paciente se encontram registradas em seu inconsciente herdado.

Feito esse esclarecimento, evidencia-se da nossa experiência que o *eu-pessoal é único,* surgido no próprio momento da concepção, com características de adequação perfeitas à realidade psicofi- siológica de cada ser. Alguns pacientes definem o *eu-pessoal* como uma espécie de fluido de vida que realiza a conexão entre as três dimensões do homem, as quais, desde o aspecto fisiológico, já são únicas e irrepetíveis. Não há depoimentos de preexistência cósmica, energética ou de outras vidas. E não há depoimentos de fusão no cosmo, de transpersonalidade, de diluição energética, a partir dos pacientes que, na verificação do seu nível espiritual mais profundo, buscam as respostas para a sua vida após a morte ou para a morte de parentes falecidos. Para todos os pacientes o *eu-pessoal* continua sendo *pessoa única e distinta,* por toda a eternidade, o que lhe dá grande conforto e consolo no que concerne à própria morte e à perda de pessoas queridas. Esta verificação experimental encaixa-se nas citações bíblicas de São Paulo aos Coríntios, onde se diz: “Foi estabelecido que todos os homens morram uma só vez e depois da morte sejam julgados.” (Hebreus 9,27);

j) o *eu-pessoal* procura um *sentido existencial.* Através do nível noológico ou psicoespiritual, que abrange, por meio do *eu-pessoal,* o consciente e o inconsciente, o homem abre-se para três direções:

1°) Para o *mundo material:*

Ao mundo que rodeia o ser humano e que faz parte de sua constituição corporal, precisa ele dar um *sentido.* O segredo do equilíbrio humano (não apenas psicológico) dependerá, em muito, do posicionamento diante da seguinte questão: “Estou eu (como homem ou paciente) direcionado para o mundo como seu escravo ou o mundo serve para ajudar a me realizar melhor como homem?” A resposta esclarecerá que não é tanto nos problemas em si que reside a gravidade, mas na atitude que se assume face aos mesmos. Esse tipo de questionamento não é sugerido a partir do nível psicofísico, mas do nível psicoespiritual do homem. Consciente ou inconscientemente, o homem procura um sentido no que faz, no que vive, no que lhe acontece. Ele precisa transcender-se nem que seja, inicialmente, apenas em direção horizontal.

2°) Para o *outro ser humano:*

Desde o útero materno, quando se dá a percepção do *eu-pessoal,* isso acontece porque existe o *“tu":* o *“tu”* do pai e da mãe. A minha personalidade se delineia na medida em que eu a comparo com o outro. A minha liberdade se define quando considero a liberdade das pessoas com quem convivo. O homem, um ser essencialmente social, avalia seus direitos e deveres em relação aos outros; quer ser útil aos outros, anseia por um contato mais profundo, pela convivência, o diálogo, a troca, a complementação e tem capacidade de atender a essa ansiedade.

Depende desse relacionamento com o outro a segunda questão do bem-estar do ser humano. O homem se pergunta: “O outro é alguém que busco para alimentar o meu egoísmo, ou eu sei fazer de mim alguém que pode colaborar para a realização plena desse ‘outro’?!...” Vencer o egoísmo, lançando-se para a capacidade dedoação, é a *transcendência social* e um grande segredo para a felicidade íntima. E a *doação* é o único meio eficaz de conquistarmos realmente para nós aqueles outros dos quais tanto necessitamos. Se queremos os outros só para atender a nós mesmos, nós os afastamos, mas quanto mais nos doamos sem cobrar respostas, mais os conquistamos, a exemplo de um São

Francisco de Assis.

3ª) Para o *Absoluto*:

Só podemos nos doar e dar amor, na medida em que nos sentimos amados, na medida em que nos sentimos aceitos como somos, na medida em que somos alimentados na fonte de todo o Amor. Só podemos nos autotranscender sobre o mundo e em relação ao próximo se encontrarmos, para além deles, um sentido mais completo de autotranscendência. Só vemos sentido em valores limitados se os compreendermos em função de um valor ilimitado, infinito. Só aquietamos a busca do *fenômeno religioso,* a sede de verdade, a procura do bem, quando encontramos esse infinito no Absoluto, que é Deus. É isso que Santo Agostinho expressa após uma longa vida de devassidão, quando diz: “Tu, meu Deus, nos criaste para Ti! E nosso coração vive inquieto, enquanto não repousa em Ti.” E Cristo sendo o Deus visível, o Deus feito Homem, é por Ele e n’Ele que se concretiza toda essa mensagem do *Absoluto.*

A consideração desse contexto é que possibilita entender uma terapia de “*abrangência do homem integral”.* E a *cura total,* a partir daqui já não se entende mais como a simples remoção de males ou sofrimentos. Mas é ela a reestruturação correta da hierarquia interna, é a orientação de valores do psicofísico para o psicoespiritual; é a reformulação do relacionamento com o mundo e com as pessoas; é a integração harmoniosa como pessoa pela projeção para a autotranscendência, para o encontro com o pleno sentido existencial em Deus.

De tudo que foi visto nesse capítulo, conclui-se:

Um paciente, para que possa curar-se integralmente e mudar positivamente seu posicionamento interior face às circunstâncias diárias da vida, precisa de um tratamento que não atinja apenas o seu nível psicofisiológico, nem mesmo apenas o inconsciente profundo, mas a sua estrutura total, incluindo-se o seu nível nçológico. Ninguém pode curar-se "integralmente" enquanto a terapia ou a orientação não atingir o *eu-pessoal.* Pouco adiantaria ao paciente um tratamento que visasse à harmonização do consciente com o inconsciente, se não existisse uma referência para essa harmonização. Enquanto o *eu-pessoal* mantiver-se desorientado, todo o ser humano continuará desequilibrado e qualquer tratamento será apenas parcial,paliativo; ou, se a doença fosse curada, seria ela transferida para outro tipo de mal-estar, no próprio organismo.

Numa terapia psicológica, como já disse Frankl, não se pode absolutamente prescindir do aspecto noológico do ser humano. O psicólogo deve conhecer e respeitar essa realidade e compreender a sua importância para o equilíbrio psicossomático do ser humano.

E quando o psicólogo assim age, quando permite que o paciente encontre realmente seu *eu-pessoal* profundo e original, a sua natureza própria como pessoa, a sua constituição intrínseca e estável, o paciente reencontrará também, espontaneamente, a sua fé, uma fé viva e convicta.

Para atender ao paciente, em sua manifestação noológica do tratamento, é que mantemos junto à nossa clínica um sacerdote profundamente conhecedor da relação do fenômeno religioso com a saúde psicossomática do ser humano. A experiência da terapia mostra que é preciso interromper muitas vezes a seqüência do tratamento para permitir ao paciente uma assistência espiritual, visando levá-lo a quebrar certos bloqueios tipicamente noológicos contra a cura total. Após a orientação religiosa e, para os católicos, após o rito da Reconciliação (individual ou auricular), o paciente deslancha realmente a reconstrução de sua personalidade, com alegria, com

estabilidade psíquica, com confiança num futuro bem melhor e com capacidade para concretizar semelhante futuro.

Assim, o sacerdote, através desse “remédio” que pode fornecer aos homens, torna-se o médico dos médicos, o primeiro e mais importante psicólogo dos seres humanos, o curador da alma, do *eu-pessoal,* que é o motor de partida de todos os outros processos secundários de cura de um paciente. Observado isso através de uma experiência de terapia psicológica e não através de uma doutrina religiosa, não pode deixar de nos causar admiração e emoção o fato de que Cristo nos indicasse esse mesmo caminho, há dois mil anos atrás!

Com as considerações antropológicas que acabamos de desenvolver, não se pretende contestar outras correntes e muito menos gerar polêmicas. Significam elas apenas o que se conseguiu observar pela experiência da TIP. É também uma forma objetiva de justificar o motivo pelo qual a TIP se considera filosoficamente concordante com a visão judaico-cristã do homem ou com a orientação aristoté- lico-tomista ou, ainda, com o enfoque antropofilosófico de Viktor Frankl, embora este neuropsiquiatra não se refira especificamente a todos os detalhes aqui apontados sobre o *eu-pessoal.*

II Parte

2.1 O INCONSCIENTE NA FAMÍLIAA CRIANÇA E SUA PERCEPÇÃO

> **A vida mental ativa da criança é o inconsciente... Através dele, a criança percebe e registra todos os acontecimentos internos e externos a ela, desde o útero materno... O que falta à criança são apenas condições para conscientizar a origem dos efeitos que sofre e expressar o que sabe.**

Lemos, há algum tempo, uma reportagem sobre um tema que, pouco depois, foi reproduzido noutra revista, certamente por causa da importância que se

dava àqueles fatos. Numa delas, dizia um título geral: “Tudo o que sentem e sabem os bebês, nas revelações de uma nova e sensacional pesquisa feita por cientistas americanos.” Continua o relato explicando que, através do computador e do vídeo, os estudiosos voltaram-se para o “desenvolvimento do eu consciente da criança” e concluíram coisas “fantásticas”. Assim, por exemplo, viu-se que “a criança, aos 23 dias, já imita o pesquisador pondo a língua para fora”; que “a criança acompanha o ritmo da voz de sua mãe”; que “os bebês preferem olhar para uma superfície quadriculada a uma superfície lisa”; que “entre um alvo redondo liso e outro listrado, as crianças preferem o primeiro”, etc. Segue a reportagem desfilando um rosário de cientistas, de datas e de locais onde estas experiências foram realizadas e depois explica que estas conclusões resultaram de 50 anos de pesquisas de laboratório!

Certamente o método utilizado pelos cientistas nestas pesquisas foi rigorosamente científico. Mas se olharmos para os resultados obtidos nestes 50 anos de estudo, não podemos deixar de nos decepcionar e dizer que foram bastante pobres! E a gente se pergunta se em nossas pesquisas científicas estamos mais preocupados em consagrar uma metodologia ou em descobrir coisas novas. Embora entendendo a importância e a validade do método científico, é preciso ter maleabilidade e bom senso para compreender que ele, em relação a certos campos ou áreas, principalmente as humanas, é um meio de investigação bastante restrito. E preciso lembrar que foi o homem quem criou as regras dessa metodologia e não se concebe que ele próprio se escravize a essas leis, quando vê que os limites por ele colocados não lhe permitem atingir integralmente o objetivo visado. Se queremos saber o que a criança *sente* e *sabe,* não é o desenvolvimento do “eu-consciente” que devemos investigar, mas o do “eu-inconsciente”. E, ao dizer “eu-inconsciente” — como já foi explicado —, referimo-nos apenas a um nível de percepção e de cognição mental diferente do consciente, não a um nível de percepção *menor.* Ao contrário: a percepção dos acontecimentos realizados pela *capacidade*

inconsciente da criança é bem mais completa e de dimensões mais amplas que a percepção dos fatos e suas correlações exercidas pelo consciente do *adulto.*

Antes de entrar no tema deste capítulo, torna-se necessário um esclarecimento: no processo de tratamento pela ADJ, cuida-se, preferencialmente, de adultos e de jovens acima de 1/ anos de idade. Até essa idade, o paciente pode ser tratado atravéspa mãe (veja cap. 4.3). Durante o processo de terapia, o paciente 4 simultaneamente treinado a abordar diretamente seu inconsciente e é tratado na medida em que consegue atingir o I. Preparado por meio de aparelhagem (veja processo indireto 4.3.1), o paciente relaxa, desliga-se de assuntos gerais e, fazendo a introspecção, concentra-se sobre enfoques especiais sugeridos pelo psicólogo que realiza a terapia. Por nenhum instante da terapia o paciente perde a consciência, embora a sugestão e a hipnose possam ser utilizadas para diminuir as emoções negativas ou no sentido de “abrir caminho” para a terapia ou, ainda, para reforçar aspectos já trabalhados “conscientemente sobre o inconsciente”.

Nessa caminhada de introspecção e enfoque específico sobre conteúdos inconscientes, o paciente é conduzido ao seu passado através da reativação da memória I. De acordo com cada caso, esta RMI será ora sistemática e retroativa, ora espontânea e dirigida pelo paciente, ora inversa, em ordem crescente, a partir da concepção. Qualquer que seja o “caminho” técnico escolhido, o paciente deverá perpassar todo o seu passado até a concepção num exame diagnóstico de traumas ou de etiologias de problemas de saúde psíquica, física e noológica. Muitas vezes, é preciso ir além do passado pessoal do paciente e tratar dos problemas do pai, da mãe, dos avós, que se encontram registrados no inconsciente do paciente e que servem de “modelo de identificação” ou de influência para o mesmo. O paciente, na medida em que se vê liberado dessas sugestões inconscientes, fortifica o seu *eu-pessoal* para decidir por si mesmo, com mais liberdade e responsabilidade.

Tendo em vista a explicação acima, o leitor deve

conscientizar-se de que os depoimentos que seguem, especialmente sobre a criança, não resultam do tratamento de crianças em si, mas de adultos ou jovens, *cuja memória infantil estava sendo reativada.* Isso posto, continuaremos com o tema aqui proposto, da criança e sua percepção.

A reativação da memória inconsciente demonstra e confirma continuamente: que a criança, desde a gestação, percebe cognitiva- mente tudo que lhe acontece. Sabe ela das condições afetivo-emo- cionais do ato que a gerou, da preocupação dos seus pais, do amor que os une ou não, se ela estava no plano deles. A criança diferencia em si mesma a carga psíquica herdada de seus antepassados daquilo que pertence ao seu próprio princípio vital, ou seja, do que pertence a ela como pessoa única. Esta diferenciação do que é herdado dos pais, ou seja, da natureza psicofisiológica daquilo que é ela própria, é percebida pela criança, mesmo antes do desenvolvimento físico do cérebro e desde a concepção. Assim, evidencia-se na criança em gestação não apenas um registro memorial inconsciente, que pode ser reativado, mas também um "eu" que percebe emocionalmente, julgando, alegrando-se, sofrendo e até mesmo já respondendo, reagindo física e psiquicamente aos primeiros estímulos que recebe (veja cap. 1.7).

Além disso, a criança em gestação tende a adaptar-se ao desejo dos pais a seu respeito. A criança, na "semente humana", é completa e, por isso, já pode perceber sensações, não apenas psicológicas, mas também físicas. Assim, pode sentir-se "fisicamente tonta, rodando como pião, sem encontrar lugar onde firmar-se no útero materno", como aconteceu com uma paciente porque a mãe estava psiquicamente tensa e com muito medo de engravidar, no momento do ato que, há poucas horas, a gerara. Apesar de possuir um corpo minúsculo, a criança pode sentir "o corpo enrijecendo de pavor", aos três meses de gestação, porque "mamãe está comentando com a vizinha que talvez não deixe a gravidez prosseguir", como nos revelou outra paciente.

Mesmo diante da limitada coordenação motora, a criança de quatro meses de gestação pode desencadear um movimento de rotação de seu corpo e enfiar a cabecinha entre o cordão umbilical, de maneira que lhe aperte o pescocinho, porque o “papai voltou bêbado, chutou a barriga da mamãe, dizendo que não queria aquela gravidez”.

A criança em gestação, embora sentindo-se distinta da mãe, pode somatizar e confundir o sofrimento dela com o seu próprio, sentindo suas dores, falta de ar, agitação, nervosismos e cansaço. Sofre ela ansiedade forte quando seus pais discutem, sabe qual é o assunto do desentendimento, sabe, com juízo excepcional, qual dos dois tem razão, e deseja ardentemente os pais unidos. Toda criança sofre angústias terríveis quando seus pais não se entendem e, a partir da memória do inconsciente, isto emana então em forma de sensações de mal-estar psicológico que se prolonga vida afora. A criança participa da hora do nascimento e interfere sobre o mesmo, de acordo com o seu estado psicoafetivo. Quando magoada, como certa paciente que percebeu a mãe sempre aborrecida com a gravidez, já é ela capaz até de se “vingar”, nascendo exatamente no dia em que os pais não queriam, o Dia dos Mortos.

Diante dessa experiência, pode-se afirmar tranqüilamente .que as crianças da pesquisa da reportagem mencionada, se fossem cplo- cadas em nível I ou de reativação da memória inconsciente, logc/que soubessem expressar-se verbalmente, elas nos contariam os detálhes de todo estudo realizado com elas até onde quiséssemos saber. Elas poderiam ainda nos explicar quais as intenções e os raciocínios dos cientistas que as manipularam e como eram os pesquisadores, os mais ou os menos preparados, em termos técnicos, os mais humanos, ou os cientistas puros. E a criança que imitou o pesquisador pondo a língua para fora saberia nos dizer por que motivo fez isso e por que deixou que o pesquisador concluísse que ela o estava imitando!

Enfim, pela experiência da RMI, concluiu-se que a criança, desde a concepção, não se encontra em

inferioridade com relação ao adulto no que diz respeito à capacidade global de suas percepções cognitivas. Se isso nos parece estranho, é porque não nos conscientizamos de que a capacidade de “percepção” não é de natureza material, mas imaterial. À semelhança do que acontece com a inteligência, o raciocínio, a criatividade, a lógica, a intuição, a noção de direito e de dever, o senso do bem e do mal, de amor e ódio, essa cognição inconsciente da criança não é de constituição física e sim espiritual. Embora se sirva do físico para expressar-se, essa capacidade não está sujeita às mesmas leis, n~o precisa sofrer um desdobramento e acréscimo de células ou de órgãos como o corpo. Ela pode e, sem dúvida, está completa, desde o momento da concepção.

E na *qualidade* que a capacidade de percepção cognitiva vai sofrendo alterações. Na medida em que o cérebro e os neurônios se desenvolvem, na medida em que a criança nasce e cresce para a fase adulta, a ênfase da atividade mental vai-se transferindo, pouco a pouco, do inconsciente para o consciente e assim a maneira de perceber o mundo vai-se também modificando. Explicando melhor: na criança de útero materno, a parte ativa da mente é quase toda inconsciente. É por isso que a criança registra e percebe realidades que nós, conscientemente, não conseguimos perceber, como se sabe pela reativação dessa memória. Na primeira infância, ainda predominam os registros e os comportamentos impulsivos e espontâneos sugeridos pelo 1, mas o consciente aumenta gradativãmente o seu desenvolvimento. Na adolescência, consciente e inconsciente atuam meio a meio, ora um, ora outro, o que torna o jovem tão difícil de ser entendido por si mesmo e pelo adulto. E quando a pessoa vai ingressando na fase adulta, vai ela “dispensando” cada vez mais a atividade viva do I. No adulto, o inconsciente, embora “abafado”, no entanto, não se aquieta. Com muita freqüência, manifesta-se, espontaneamente, através de atos, reações, sentimentos, decisões, quase sempre incompreendidos pelo adulto, mesmo por aquele que os

vive. Essas manifestações, aliás, o adulto não só as deixa de entender, mas costuma negar, desprezando-as preconceituosamente, não sabendo quão rica assessoria de conhecimentos e capacidade está rejeitando!

Nos capítulos que seguem, do inconsciente na família, relataremos experiências do tratamento de vários pacientes que se referem aos registros do I deles próprios, às suas vivências profundas do útero materno, da infância, da adolescência e em relação aos seus pais. As questões aqui abordadas deverão, então, esclarecer-se melhor. É preciso dizer, porém, que nossa preocupação não está em apresentar provas científicas, mas em revelar uma experiência que possa ser útil para mães e gestantes, visando a ajudá-las, a criar melhor os seus filhos, com menos problemas, mais saúde e alegria, enquanto a ciência tradicional não consegue aperfeiçoar os instrumentos de sua investigação do "humano", para chegar lá onde já se vai pela experiência clínica e vivencial. Pois, conforme disse Jung: "O que ocorre no tratamento prático e, o que importa, é a vida proporcionada ao homem e não que os princípios de sua vida possapi ser demonstrados racionalisticamente como certos!"

2.2 **A CRIANÇA DE ÚTERO MATERNO**

> A criança de útero materno é especialmente sensível aos sentimentos de aceitação ou rejeição de seus pais para com ela, e responde, ativamente, por meio de manifestações psicossomáticas.

A prática diária pela RMI levou-nos a concluir que a criança em gestação, além de registrar e perceber profunda e amplamente os acontecimentos que a rodeiam, impressiona-se, principalmente, com os acontecimentos afetivo-emocionais. O embrião, o feto e a criança de útero materno acompanham, passo a passo, o seu próprio desenvolvimento, desde a concepção. j

Pela experiência, confirma-se, através de cada

novo caso tratado, que a criança tende a ajustar-se aos sentimentos dos pais'a seu respeito. A criança, quando se sente desejada, se auto-aceita e colabora para uma evolução psicossomaticamente mais perfeita do seu ser. Mas quando se percebe rejeitada, pode ela auto-rejeitar-se, auto-agredir-se e agir com força inimaginável sobre seu organismo psicofísico, gerando em si doenças, imperfeições, fraquezas, disfun- ções, desequilíbrios, anomalias, numa tentativa angustiante de destruir-se para corresponder ao desejo negativo dos pais. A não-acei- tação do filho pelos pais age sobre o psiquismo inconsciente da criança como uma influência contínua e insuportável e é percebida por ela como se fosse uma lei marcial inelutável, que lhe negasse o direito de viver. Quanto mais precocemente essa criança for atingida pela rejeição, tanto menos estruturado encontra-se o organismo e mais profundos e duradouros, conseqüentemente, serão os “registros”, os traumas, as seqüelas, se a criança conseguir sobreviver. De forma equivalente, o desejo de amor e aceitação da criança, complementado por uma boa vida conjugal dos pais, pode criar nela defesas mais fortes contra agentes internos ou psicológicos e externos, que normalmente poderiam vir a prejudicá-la.

A seguir, neste e noutros capítulos, relataremos alguns trechos de depoimentos de pacientes, conforme surgem, espontaneamente, no decorrer da terapia. Tais depoimentos são partes isoladas de casos clínicos, separados e relatados de tal forma que não fosse possível qualquer identificação, sendo que os casos mais completos foram autorizados pelos pacientes. É importante esclarecer, por outro lado, que, por interesse do nosso serviço de pesquisa, tem-se tentado confirmar muitos dos relatos feitos por pacientes com os parentes próximos. No entanto, a maioria das vivências do paciente é subjetiva, ou seja, o paciente é traumatizado, não tanto peles acontecimentos tal qual se processaram, mas pela forma como ele, o paciente, *sentiu* o acontecimento. Assim, nem tudo pode ser confirmado com *outros.* Mas a autenticidade manifesta-se também quando o trauma revelado, depois de removido, gera a *cura* dos sintomas apresentados pelo paciente. E, neste

sentido, a estatística de resultados positivos é elevadíssima, quase total, desde que o paciente realmente se submetesse ao tratamento, quebrando a resistência, e desde que o completasse até a alta definitiva, dada pelo psicólogo e confirmada pelo médico.

Acompanhe-se, agora, através do depoimento que segue, como uma criança sofre a sua rejeição e quais foram algumas conseqüências disso em seu futuro.

Uma paciente, na anamnese, queixa-se de asma, bronquite, alergias, tremores, fobias, depressão, pavor diante de situações novas, revolta contra a humanidade, angústia violenta, desejo de morte. Teve tentativas de suicídio e submeteu-se a tratamentos psiquiátricos.

Conduzida pela RMI a encontrar os traumas desse nível, afigu- ra-se-lhe um embrião do primeiro mês de gestação. A paciente, em relaxamento, retorce seu corpo e as mãos, com ansiedade. Sua pulsação acelera-se, sua respiração torna-se ofegante. Seu rosto toma expressão de dor e angústia e a paciente geme, em desespero. O psicoterapeuta insiste em ouvir a causa deste estado, mas a paciente está tomada de tanto pânico que lhe custa articular as palavras. Tremendo e entrecortando seu relato, explica lentamente, sempre retorcendo-se com gemidos de angústia: “Estou com frio, com muito frio... o frio é de medo, é de pavor... Papai está muito zangado com a mamãe... Ela disse que desconfiava estar grávida... e papai, com raiva, responde que não quer saber dessa história... Se a mãe estiver grávida, vai ter que jogar essa *droga* fora!...” A paciente agora chora convulsiva e demoradamente...

Diante de revivências traumáticas como essa, o psicoterapeuta precisa descobrir os “registros positivos” do inconsciente do paciente que possam anular o trauma e substituí-lo. Precisa o terapeuta jogar com as capacidades da atemporalidade e da potencialidade do inconsciente. Precisa ele conduzir o paciente a encontrar e a reviver situações inconscientes alegres e, com intensidade, situações nas quais houve calor humano dos pais, como acontece

geralmente por ocasião do nascimento. E preciso que o psicólogo introduza o paciente no inconsciente dos pais para ver se lá encontra uma explicação razoável para o seu comportamento negativo, sencjo também necessário explorar as circunstâncias externas existentes por ocasião do ato de rejeição, pelo mesmo motivo. E a “substituição” para que realmente cure os sintomas do paciente deve ser tão real e verdadeira como foi o fato da rejeição, pois uma simples sugestão, como já foi lembrado, não leva consigo a força da convicção, nem tem a mesma durabilidade ou amplitude de efeitos positivos.

Contudo, é quase sempre possível atingir-se as metas visadas, porque é muito raro que no inconsciente de um filho não se encontre algum registro de amor dos seus pais. Mas, caso isso de fato seja impossível, recorre-se, então, a outros recursos secundários para trabalhar tais traumas do paciente, em nível inconsciente, sempre na mesma tentativa de substituição positiva de registros negativos.

Pareceu-nos importante esclarecer esses detalhes antes de dar continuidade ao relato de depoimentos, porque não é de nossa finalidade angustiar ainda mais os pais que acham que erraram. Para esses, queremos apenas indicar a possibilidade de solução desses problemas, enquanto desejamos despertar nos pais mais novos, que iniciam sua vida familiar, o conhecimento de realidades que lhes permitam evitar, no futuro, sofrimentos semelhantes.

Nesse sentido, seguiremos com outro exemplo, ilustrando o quanto uma pessoa pode ser bloqueada em seu desabrochar psicos- social por causa da rejeição no útero materno.

Certo paciente procurou-nos dizendo que, apesar do seu curso universitário, sente-se um fracassado na vida. Percebe ele em si inteligência, capacidade profissional, criatividade, mas na hora de executar seus planos algo o bloqueia e o confunde, impedindo-o de acertar na prática. Com isso, já perdeu vários empregos. Explica o paciente: “É como se em mim tivesse uma grande força desencadeando idéias, com

entusiasmo e, no momento em que eu quero executá-las, bato numa parede que escurece tudo, até o pensamento.”

Conduzido à causa desse problema, pela RMI, o paciente se surpreende com taquicardia e mal-estar geral, no terceiro mês de gestação. A cena visualizada mostra a mãe conversando com uma parente e pedindo que lhe ajudasse a abortar a criança. O paciente explica que levou um susto e acrescenta: “Eu estava cheio de alegria para viver, mas a mãe me podou!...”

A criança de útero materno pode também, ela própria, provocar hemorragias na mãe e tentar auto-abortar-se, quando não se sente desejada, conforme o caso que segue.

Fala a paciente, no momento da concepção: “Mamãe é boa esposa e aceita papai sexualmente para não criar problemas. Mas ela sabe que o pai não precisava dela, porque ele tem outras mulheres...”

Com um mês de gestação, diz a paciente: “Mamãe está com forte hemorragia. Papai chegou em casa e, como não encontrou o jantar pronto e viu a mãe deitada, xingou muito. Mamãe calou, não podia falar o que estava acontecendo porque ele brigaria ainda mais... À noite papai procurou a mamãe sexualmente e ela não pôde esconder que estava com hemorragia... Papai gritou com ela dizendo que não tinham dinheiro para médico, que ela não podia ficar doente!... Mamãe respondeu que papai poderia ficar sossegado, pois no outro dia ela estaria sã... e foi o que aconteceu!...”

Quando a paciente terminou essa narração, em nível I, pedimos-lhe que investigasse a causa da hemorragia e a paciente respondeu, sem vacilar: “Bem! Eu sabia que papai não ia me aceitar e quereria provocar o aborto... Eu sabia que mamãe ia sofrer muito... Papai tinha outra mulher, e a outra mulher também não me queria... Eu pretendia ajudar mamãe e sair logo de uma vez... A sensação que eu tinha era a de que eu havia caído no lugar errado...”

A paciente faz uma pausa e continua: “... Mas mamãe gostava de mim e seu amor foi tão forte, nesse

momento! Assim, em vez de provocar mais hemorragia, resolvi ajudá-la... e o sangramento estancou!”

Parecendo-se com esse depoimento, é o de outra paciente, conforme segue. Estava ela, em nível I, no terceiro mês de gestação, quando falou ao terapeuta: “Mamãe descobriu que está grávida... ela está chorando... está muito transtornada... Sentada na frente de uma imagem de N. Sra., ela está pedindo a Deus que tudo seja mentira!... Ela está desesperada com a possibilidade da gravidez e eu estou me sentindo muito mal!”

A paciente continua revelando que a mãe não sabe como contar ao marido que está grávida, pois ele não aceitaria essa notícia. Mais adiante a paciente visualiza o momento em que a mãe fala ao seu marido sobre a gravidez. O marido, num descontrole emocional, tenta sufocar a mãe com as mãos. A paciente, no útero, sente fisicamente a sufocação da mãe e retorce-se na busca de ar... o que se estendeu em crises de “apertos na garganta” e de “falta de ar” até a fase adulta, diante de problemas difíceis.

Conduzida ao quarto mês de gestação, fala a mesma paciente: “Papai trouxe uma mulher para dar um remédio à mamãe... É para me matar!... A mulher quer obrigar a mãe a tomar o remédio... Mamãe está apavorada de medo da mulher e do papai, lá na sala, com o remédio na mão... Mamãe não sabe o que fazer!”

A paciente relata esse acontecimento com expressão facial de dor e depois continua: “Mamãe conseguiu fingir que tomou o remédio... Agora o jogou no vaso e puxou a descarga...” Um suspiro de alívio acalma a paciente.

No sexto mês de gestação, diz, ainda, a paciente: “Mamãe está com cólica fortes... Sou eu que estou querendo sair... Não agüento mais ficar... Ninguém me quer... Todos acham que já tem gente demais nessa casa... Papai ainda insiste com a mamãe que me jogue fora... está zangado, não conversa com ela... e mamãe não está me dando atenção... Ela não tem tempo para mim!”

Alguns instantes depois, a paciente sorri e diz: “Mas mamãe não quer que eu morra... Está fazendo um

pouco de repouso... Eu estava muito rebelde, mas agora me acalmei, só porque mamãe está pensando em mim!”

Finalmente no sétimo mês, relata a paciente: “Mamãe está muito angustiada e chora sem parar... Papai a viu chorando e ficou com pena... Está consolando a mamãe... É muito bom ver os dois juntos! Já estou me sentindo melhor!” A paciente suspirou, visivelmente aliviada, e relaxou o corpo contraído.

A criança acompanha e sofre também as preocupações de sua mãe. Certo paciente, concebido antes do casamento de seus pais, descreve da seguinte forma sua situação no segundo mês de gestação: “Mamãe descobriu que está grávida... Ficou muito assustada... Está chorando com medo dos pais... Não sabe como vai contar a eles... Ainda faltam três meses para casar... Papai esfriou um pouco com mamãe... e ela está insegura!”

Passando o segundo mês, fala o paciente: “Mamãe está contando o seu problema para a vizinha... A vizinha deu um chá para mamãe acabar comigo! Eu estou me sentindo mal e com falta de ar, estou suando!”

No terceiro mês, o paciente revela: “Mamãe está muito nervosa, chorando... Mamãe está fumando um cigarro atrás do outro... estou com muita dificuldade de respirar... Vejo fumaça aqui dentro onde estou... A fumaça está me sufocando!”

O paciente faz esforço para respirar e movimenta-se como quem procura obter mais ar.

O paciente é conduzido ao quarto mês. Lentamente esboça ele um amplo sorriso em seus lábios, dizendo: “Já está tudo bem... Papai e mamãe estão casando... Agora os dois me querem!”

Veja-se, ainda, como a mãe pode influenciar a criança com atitudes de medo e pensamentos negativos, a ponto'de prejudicá-la fisicamente: no segundo mês de gestação, a paciente estremece. Ao perguntar qual o motivo, explica: “Levei um susto... Não! Foi mamãe que levou um susto! É porque foi confirmada a gravidez!...
Papai não entende mamãe: ela teve três abortos, fez

tratamento para engravidar e agora não me quer... O pensamento negativo dela está me fazendo muito mal... Ela pensa que eu vou morrer também! O pensamento dela é forte e me faz mal!”

Diz a mesma paciente no terceiro mês de gestação: “Mamãe está com uma cara ruim!... Estou escondendo o meu rosto, porque nflo quero vê-la... Aqui dentro .tem sangue! Está turvo, parece que cu não vou viver! O pensamento da mamãe é muito ruim sobre mim! Kla pensa que eu sou um monstrinho... As vezes eu me vejo assim! Mas é o pensamento dela!... Quando ela pensa desse jeito, eu não me alimento! Eu acho que ela vai me abortar também como aos outros irmãos! (paciente chora)... Mas papai me quer muito! Eu vou ficar aqui só por causa dele!... Mas eu estou muito angustiada! (paciente chora).”

Soube-se, depois, que esta paciente nasceu raquítica e sobreviveu com dificuldades, teve alergias, muita angústia de morte e revolta permanente contra sua mãe. Tudo isso, felizmente, pôde ser resolvido pelo tratamento sobre o nível I.

A criança de útero materno percebe e revela, espontaneamente, pela reativação da memória inconsciente, fatos e acontecimentos ligados a ela e a seus pais, que podem parecer insignificantes e corriqueiros, mas que foram gravados no inconsciente porque esta- vam envolvidos em emoção. Seguem alguns destes fatos de pacientes diversos, na gestação:

Paciente aos cinco meses: “Estou abafado... Mamãe está me apertando muito com uma cinta... Ela vai a uma festa e quer esconder a gravidez... Tem vergonha!”

Outra paciente fala aos dois meses: “Mamãe está com muito enjôo... O enjôo é porque ela não quer engravidar... Ela ainda não sabe que está grávida, mas o corpo dela já sabe!”

Observe-se, nesse caso, que “o corpo já sabe” significa a percepção de uma reação psicofísica inconsciente.

Uma paciente, aos cinco meses, diz satisfeita: “Mamãe está feliz! Papai trouxe-lhe um pano para fazer um vestido de gravidez. O pano é barato, mas

ela está contente!”

Fala um paciente, no quarto mês de gestação: “Mamãe está chamando papai para pôr a mão na sua barriga e sentir que eu estou começando a mexer... Papai está fazendo um carinho em mim e em minha mãe! Eles estão contentes, e eu também estou!”

Mais outra paciente relata aos cinco meses: “Aqui dentro tem uma água morninha... Eu me sinto feliz e nado como um peixinho..

.Eu brinco com as mãozinhas com uns fiozinhos vermelhos... Estou bem porque sinto papai amando mamãe... Estou satisfeita!” Dito isso, a paciente acomodou-se confortavelmente no sofá-cama, onde se encontrava em relaxamento profundo de nível I.

Um processo retroativo especial foi o da paciente R., uma mulher jovem, espontânea e simples, de grande sensibilidade, que nos deu vários detalhes interessantes, inclusive relativos ao desenvolvimento físico de si mesma. (Pedi a uma pediatra amiga, professora da Faculdade de Medicina — Dra. Marília Maakaroon —, que verificasse se os dados revelados por esta paciente correspondiam à realidade. Segundo a pediatra, todos os dados revelados não fogem da faixa média dos dados científicos sobre o assunto.) Eis o que diz a paciente:

Aos nove meses: “Estou prontinha para nascer. Os pais estão juntos, me esperando. Meu corpo está formado, a cabeça para baixo, abrindo caminho...”

Aos sete meses: “Estou tonta, querendo rodar... está ruim, estou passando mal...”

Psic.: “O que está acontecendo? É com você ou com seus pais?!”

Pac.: “É com eles, mamãe é que não está bem... Papai está bebendo e ela está nervosa...”

Aos seis meses: “Engraçado! Parece que meu corpo está... assim... mais ou menos parado (no desenvolvimento). Eu quase não sinto o meu corpo... Só a cabeça! A cabeça é que está desenvolvendo... Deus está trabalhando mais sobre o cérebro, está aperfeiçoando o cérebro, a inteligência! O corpo está descansando um pouco de se formar!”

Aos cinco meses: “Parece que estou espichadinha! Dá a impressão que tem algo nas costas... assim: empurrando-me para cima, para baixo, firmando-me o corpo. Ah, já sei! É a coluna que está se firmando... e as pernas... É! As costas e as pernas têm muita ligação!”

Aos quatro meses: “Sinto agora o meu coração... Parece que ele está batendo mais forte... Ele está acabando de se formar... Minhas mãos!... tem algo nas mãos... É, os dedos estão espichando... Ainda não têm unhas, mas já vão se formar... Engraçado! Tem uma sensação no meu rosto... Ele está tomando forma... assim... Ele está ficando mais longo e o nariz está sobressaindo! Engraçado! Vejo direitinho o meu nariz se formando! O nariz, a boca, os olhos estão se aperfeiçoando! Já tenho rosto!...”Aos três meses: “Ih! Sou muito pequena... que tamanho?! É!... uns 12 cm! Sou muito frágil... Estou começando a tomar forma... Mas já se vê que eu sou uma menina. Minha cabeça está para cima... Dentro da cabeça tem uns risquinhos, muito de leve... Já tem alguma coisa formada na cabeça... Eu estou... assim... vibrando... Sabe? Vibrando! A vida está vibrando em mim! Estou soltinha! Nadando dentro da água! Está gostoso! Papai e mamãe estão felizes! Eles me querem! Está muito bom!”

Aos dois meses: “Engraçado! Estou com um pouco de dor de cabeça! Quando faço força para me mover, a cabeça me dói! Já sei o que é! Mamãe está com enjôo! Ela não é muito de ter enjôo porque mc quer! Mas hoje ela está com enjôo e dor de cabeça!... Sou muito pequenina, 7/8 cm... sou um bolinho enroladinho... Está tudo enrolado!... Não tem nada distinto... tem alguma coisa branca ao redor de mim... é transparente... São uns fios que me protegem... Parece um novelo de lã!...”

No primeiro mês: “Agora sou uma cobrinha... É, uma cobrinha! compridiiinha, mas pequenininha! Tenho só uns dois cm! Mas você sabe duma coisa? Já sei o que vou ser. Vou ser menina!...”

Psic.: “Você está vendo que você é menina?”

Pac.: “Não dá para ver, não. O corpo ainda não mostra! Mas eu sinto! Dá para sentir!” (Veja-se no capítulo seguinte o depoimento sobre o momento da concepção da mesma paciente.)

E assim, com esses poucos exemplos que diariamente acontecem em nossos consultórios do Instituto de Medicina Psicossomática, esperamos ter

conduzido o leitor a compreender, ao menos genericamente, que existe uma vida mental ativa na criança de útero materno e que essa vida mental, quando reativada, a partir do adulto, mostra-nos que a criança, já na fase de gestação, tem percepção perfeita e é extremamente sensível aos sentimentos de amor ou desamor de seus pais para com ela.

Nesse período de útero materno, embora a criança já tenha o seu *eu-pessoal* livre e completo, a força de influência dos pais sobre ela, sobre sua saúde psicossomática, é altamente decisiva. Esta força de atuação torna-se ainda mais forte logo no princípio, junto à concepção e nos primeiros meses de gestação. Quanto menos desenvolvido o organismo, mais perigosa a atuação de pensamentos negativos dos pais. Mas se, ao contrário, esse período for bem conduzido, com muito carinho entre o casal e para com a criança, esses pais serão recompensados com um filho tranqüilo, saudável e alegre.

2.3 A CRIANÇA NA CONCEPÇÃO

> A **percepção inconsciente de uma criança inicia-se desde o momento da concepção.** E **esta percepção não é menor que nas idades posteriores... Desde o momento inicial no útero materno, a criança se entende como pessoa completa e distinta dos pais, e já vivência suas primeiras experiências de alegria e dor em relação a eles e ao ambiente.**

Na experiência com a abordagem direta do inconsciente, pareceu- nos sempre racionalmente compreensível que o nosso inconsciente armazenasse em sua memória todos os acontecimentos pessoais passados e que esses pudessem ser reativados. Da mesma forma, entendemos, pela lógica, que o inconsciente armazenasse também o registro de conteúdos inconscientes dos nossos antepassados e que esses pudessem ser evocados. Mas parecia-nos bem mais complexo entender que o paciente, em nível de relaxamento I, tivesse a capacidade de dar continuidade tranqüila, com a mesma qualidade e intensidade, às suas percepções inconscientes, durante a fase abaixo dos seus três meses de gestação, quando, ao que diz a Medicina, falta a

estrutura para a localização física desse inconsciente.

Interessamo-nos, a partir daí, em saber dos nossos pacientes como é que eles definiriam, em nível I, junto à concepção, esse *eu* que observa a si mesmo, que sente, sofre, julga e já reage, em função, inclusive, do ato conjugal que deu origem a essa concepção. Passamos a perguntar aos pacientes, em primeiro lugar, ainda em relaxamento e no momento da concepção, se esse *eu* era mesmo seu, se tinha existência distinta, individual, ou se era confundido com o inconsciente do pai ou da mãe.

As respostas, invariavelmente, afirmaram que esse *eu* era do próprio paciente, não dos pais, nem de um outro alguém.

À pergunta sobre a origem desse *eu,* os pacientes de fé diziam que vinha de Deus e os agnósticos apenas o definiam como sendo etéreo, não físico, mas um *eu* de constituição própria, definida, imaterial e independente dos pais.

Motivados pelo desejo de pesquisa, muitas vezes desafiamos os pacientes quando, em nível I, se encontravam na concepção. Insistíamos em que não poderiam ter certeza de si mesmos, enquanto o cérebro e especialmente os neurônios e o inconsciente ainda não estivessem formados.

Das respostas a esses desafios separamos algumas, e as deixamos aqui para reflexão do leitor. São elas:

— "... Eu existo sim, eu sei que sou eu..."

— "... Há um corpo bem pequeno que vem dos meus pais ... mas há também uma luz que não é dos meus pais, é minha ... Eu não era nada, mas agora existo!..."

— "... O meu corpo está se formando... e eu estou com vida dentro daquilo que veio de mamãe e de papai!..."

— "... Eu sou uma claridade que está entrando num pontinho que também sou eu!"

— "... Eu sou como um sopro muito forte, que está dando vida ao meu corpo!"

Algumas revelações eram mais longas, como as que seguem:

— "... Sou uma bolinha que não dá para enxergar,

mas ela está aí. Ao redor e dentro dela há uma luz... É essa luz que me diz que eu sou eu... Essa luz não vem dos meus pais, mas de Deus... Mamãe é muito de Deus e isto é bom para mim...”

Com certa paciente, conduzida pela RMI ao momento da concepção, iniciamos o seguinte diálogo: “O que é que você está vendo?” — “Nada”, respondeu-nos ela. “Nada, por quê? Você não existe ou há outro motivo?”, insistimos. — “Não é isto, eu existo sim, mas há uma escuridão ao meu redor, uma sensação de angústia, algo não está bem... parece que alguém não me quer...” Removendo figuradamente tal escuridão e as emoções negativas, conseguimos que a paciente percebesse o que estava acontecendo. Continuou ela, então, a sua revelação: “A escuridão era a mamãe!... Mamãe não quer relações sexuais com o papai por medo de uma gravidez ... Isso é muito angustiante (paciente chora)...” Seguimos trabalhando o problema da mãe e continuamos a investigação, perguntando: “E agora, como está sua concepção?” E a paciente, esboçando paulatinamente um sorriso, falou com emoção: “O que está acontecendo é simples ... e é grande ao mesmo tempo! ... É rápido, mas é lento demais para mim! Estou com pressa! Quero ser eu! .... Engraçado! Estou me vendo esperando por mim mesma! ... Esta hora é mais do que importante!...” Perguntamos-lhe por que achava essa hora tão importante. Respondeu-nos ela: “Porque eu sou única, privilegiada, criada para este momento...” “Você sabia?”, acrescentou a paciente toda vaidosa. “Sabe”, continuou, “tem aí uma luz que está entrando no meu corpinho, que está se formando... Eu estou entrando por um caminho iluminado! É lindo!” Perguntamos-lhe: “Esse caminho veio de onde?” “É de lá mesmo! E eu não sou outra coisa não”, retrucou a paciente, “eu sou o corpo e sou a luz... eu sou os dois!... E maravilhoso”, concluiu ela, profundamente emocionada.

Essa paciente, ao retornar à próxima consulta, chegou alegre, com brilho de felicidade no olhar e nos falou: “Na última consulta, quando saí daqui, senti tanta felicidade que parecia que meu eu era maior que meu corpo e não cabia mais nele. Nunca

senti tanta felicidade em minha vida! E percebi que esta alegria é amostra do encontro com Deus! Não sei por que pensei isso mas, sabe, a gente sente isso no coração... A gente não consegue explicar, mas sabe que é a experiência de Deus na gente!”

Realmente o momento da concepção tem tido essa característica de ser para muitos pacientes não só o encontro com o seu eu original, mas com a fé e com Deus. E isso tem acontecido mesmo para vários pacientes incrédulos. É essa uma experiência totalmente individual, pessoal e intransferível do paciente, e quando acontece é independente do fato de o psicólogo falar ou não nesse assunto. No caso acima, por exemplo, nada foi falado nesses termos, nem pela paciente, nem pelo psicólogo, e a experiência de Deus surgiu logo após a terapia e fora dela, no caminho da paciente para sua casa.

Em outro caso clínico, uma paciente, mulher, fala do momento da concepção: “Vejo papai e mamãe transformados em duas sementes e se misturando numa só!... Mas não é só isso! Há uma luminosidade, uma espécie de fio de vida que sou eu e que também se mistura às sementes!”

Observe-se que a forma de expressar-se sobre a concepção varia, mas a essência da percepção é a mesma. Dizia, por exemplo, uma paciente, de pouca cultura, com sua linguagem simples e espontânea: “Não sou gente ainda, não tenho nada de gente, mas estou aí... Tem uma coisa clarinha, eu não sei o que é, pode ser a alma, não sei, mas isso é que sou eu!... O meu corpo ainda não é gente, mas eu já sou!”

Um paciente-homem, na concepção, resume sua sensação em poucas palavras dizendo: “Sinto calor aconchegante. Meus pais se amam e me querem. Isso é muito bom!... Eu estou unido a uma célula formada pelos dois... Estou calmo e tranqüilo!”

Observe-se que sempre há uma distinção entre o *eu e eles,* os pais. As sensações, no entanto, podem ser diferentes.

Há também concepções pesadas e tristes. Certo paciente, por exemplo, ao ser conduzido pela RMI à concepção, sentiu forte pressão na nuca e dor de

cabeça insuportável. Aliás, era essa a queixa principal na anamnese inicial do caso. O paciente sofria de tanta dor de cabeça, dor na nuca, de enjôo e vômito, que precisava laltar à faculdade e ao trabalho. Pela RMI, esse problema aparecia sempre ligado ao relacionamento conjugal de seus pais. Na concepção, como dizíamos, o paciente sentiu-se mal, não suportando a sensação de pressão na cabeça: "Vou morrer", gritou ele, "não vou conseguir sobreviver..." "Eles me matam", continuou, "papai e mamãe estão brigando!" "Até mesmo aí eles brigam!", diz o paciente chorando, "brigam até na hora do amor!" E o paciente chorava convulsivamente.

Aliviado da emoção negativa, o paciente, agora mais sereno, relatou que seu pai procurava sua mãe para a intimidade estando, quase sempre, "um pouco alto" e que a mãe, por isso, o rejeitava. O pai, então, recorria à violência e forçava a união sexual. Foi num desses momentos que ele fora concebido.

Dois foram os recursos utilizados na substituição e para a cura da "pressão na nuca". Primeiro, conduzido a um nível mais profundo, o paciente percebeu que seus pais, apesar desses desentendimentos, se amavam; e o amor dos pais é básico para aliviar a angústia existencial de um filho-paciente. O segundo aspecto foi exatamente a descoberta do *eu-pessoal* pelo paciente, ou seja, de que ele não era apenas o "produto dos pais", mas que possuía uma dimensão pessoal própria e livre, e que podia, por meio dessa dimensão, desligar-se da influência dos pais.

O paciente ficou totalmente curado de suas dores, de suas angústias e dos mal-estares periódicos.

Noutra concepção, com problemas, relatou a paciente: "Está ruim, muito ruim aqui dentro... Eu estou no escuro e minha vida está lá... Lá, mais adiante... Ela está com dificuldade de chegar junto de mim... Eu estou dividida!... Eu estou lá e aqui... e não consigo entrar no meu corpo... Hum, que angústia! (paciente chora)... Está difícil acontecer uma concepção perfeita!... Porque mamãe está pensando noutro homem, no ex-namorado... E a minha luz quer

unir papai com mamãe... quer unir os dois em mim!”

Além da pesquisa em torno da concepção em si mesma, voltamo-nos para um segundo enfoque da questão, procurando saber dos pacientes o que revelariam de antes de sua concepção, ou seja, se existiam, ou não, antes dela, e, caso existissem, onde estavam. Seguem as respostas que mais se repetiam a esse questionamento:

— “Antes eu não existia!”

— “Não, não me vejo antes da concepção!”

— “Não sei se eu existia antes ou não, mas não consigo me ver existindo antes!”

Insistimos, ainda, em saber de que forma a paciente conseguia ver seu pai e sua mãe na infância, ou os avós e até bisavós que não conhecera, uma vez que nessa época ela não existia. Foram estas algumas das respostas que obtivemos:

— “É que eu estou olhando para lá (passado). Daqui eu consigo ver o que aconteceu com eles!” (atemporalidade do inconsciente).

Ou então:

— “Não! Eu não estava lá! Eu não existia! Mas eu sei o que aconteceu com eles, porque está tudo dentro de mim” (registro inconsciente).

Conseguimos também verificar, na prática, o que afirmamos sobre as características do *eu-pessoal,* de que ele é livre e tem força para fazer prevalecer sua própria vontade, para sobrepujar as influências dos pais e do meio ambiente, para tomar suas próprias decisões.

Reproduziremos um trecho nessa linha, de acordo com o depoimento de um paciente, porque os exemplos, mais do que a teoria, esclarecem. Diz esse paciente no momento da concepção, num diálogo intercalado com o terapeuta:

— “... Meus pais estão juntos, unidos sexualmente e eu sei que se amam... E dessa união que eu estou surgindo... mas algo me falta, existe uma dificuldade para que eu seja bem integrado... Já sei: mamãe está com medo de engravidar ... Está restringindo sua doação total nessa relação sexual! É isso que está faltando, que me faz mal! Mas eu quero existir!... Eu

noto que sou uma força que pode decidir e agir!... Existem três forças vitais me formando: a do papai, a da mamãe e a minha... Mas a minha é a mais forte!... E eu quero existir!... Eu sei que minha vontade é a mais forte!... Eu vou vencer!...”

A paciente R., cujo processo retroativo foi descrito no capítulo anterior, apesar de ter grande influência familiar de formação “espírita”, ao ser conduzida à concepção, descreve sua percepção, esboçando, de maneira impressionante, a concepção cristã ou tomis- ta. Coloca-se ela como “ser único, embora sob dois aspectos: o físico e o espiritual”. Não descreve a sua posição como “reencarna- da”. E significativo que seu depoimento seja contrário às suas convicções de base. Aliás, a paciente não tinha convicções seguras e muito pouco ou quase nada conhecia sobre teorias ou doutrinas religiosas. Seu depoimento foi lento, gradativo, como quem estava fazendo naquele instante a descoberta. Possibilitou isso o registro de palavra por palavra, conforme segue.

Paciente na concepção: “Estou vendo meus pais tendo relações... agora um esperma... É isso, não é? E esse o nome? Pois é: ele está correndo, o caminho é muito comprido... São muitos, mas o meu é um só e está correndo para o óvulo... Engraçado... Ele tem uma cauda... Agora ele entrou no óvulo, perdeu o rabinho... Será que é assim mesmo?... Mas não faz mal, porque a sementinha entrou
todinha! Interessante! Não tem semente no rabinho... Agora
começou a minha vida...”

Psic.: “Quem é que está vendo tudo isso?”

Pac.: “Sou eu, ora!”

Psic.: “Mas você é o quê?”

Pac.: “Sou a vida! Sou eu vivendo!”

Psic.: “Então existe duas vezes você, a que está vendo e a que está lá?!”

Pac.: “Não! Aquela que está vendo... isto é, eu que estou vendo, sou a mesma coisa... Mas é diferente também... E diferente. Sim... São a mesma vida, mas são diferentes.”

Psic.: “Não entendi, explique melhor!”

Pac.: “Olha! Quem está vendo é R. (nome da paciente) inteiri- nha, completa, e ela está vendo uma outra parte dela que ainda vai desenvolver... É uma só R., mas com a separação... Sou eu, mas uma parte é física, outra espiritual...”

Continua a paciente, após uma pausa: “Essa diferença, às vezes, incomoda um pouco”.

Psic.: “Por quê?”

Pac.: “Porque a parte espiritual quer espiritualizar mais a parte física... Não é que incomode, mas é algo que vai forçando!”

Psic.: “Donde vem a parte espiritual?”

Pac.: “Ela nasce com a gente... é uma luz de Deus, né?... As vezes, ela brilha mais forte, às vezes o brilho se esconde... Não! Não é ela que se esconde! É a gente que se esconde desse brilho!” Psic.: “Qual a sensação dessa luz?”

Pac.: “Ah, de segurança, de paz, de alegria, de otimismo, de saúde, de tranqüilidade...”

Psic.: “Falta alguma coisa nesse espiritual?”

Pac.: “Não, não falta nada. É todinho completo... Às vezes é tão perfeito que eu não acredito que seja eu.”

Psic.: “Esse eu não é criança ou embrião, como seu corpo?”

Pac.: “Eu já disse que não. Ele é completo e forte, tão forte que às vezes dá medo...”

Psic.: “Medo, por quê?”

Pac.: “Porque ele tem força de dominar o corpo... para o bem e para o mal... Eu tenho medo dessa segunda parte... do mal!”

A paciente fica inquieta. O medo do mal justifica-se por determinados registros negativos de seus antepassados presentes no seu inconsciente. A paciente encolhe-se e treme ligeiramente, dizendo:

Pac.: “Sinto frio; me dê um cobertor!”

O frio era a somatização do medo do mal que a paciente sentiu e foi trabalhado pelo desligamento de seus antepassados.

Os poucos exemplos aqui citados sobre a criança no momento da concepção permitem que o leitor

confirme, em parte, o que a experiência nos ensinou e o que tentaremos resumir a seguir, por meio de conclusões, uma vez que não é possível estender-nos demasiadamente em depoimentos:

a) o processo de reativação da memória inconsciente (RMI) evidencia, através da experiência, que a *percepção mental* de uma criança em gestação acontece desde a *concepção;*

b) todo paciente demonstra que percebe com a mesma *precisão* e facilidade as vivências emocionais da adolescência, da infância, da fase do útero materno e de sua própria concepção;

c) o paciente, nesse processo, desde o momento da concepção revela que tem um *eu-pessoal livre* e capaz de ver a si mesmo em todas as dimensões de corpo, de pensamento, de sentimento, de sofrimento e de reações; e que este lhe *permite tomar decisões* diferentes às dos pais;

d) o paciente percebe o seu *eu-pessoal como único,* mas surgindo, na concepção, sob duas formas: a que lhe é transmitida pelos pais, representada pelos gametas masculino e feminino, e a que é apenas sua, imaterial, e que lhe transfere uma sensação de perfeição e totalidade. Esse eu é muitas vezes descrito como sendo “luz”, “vida”, “força”, “paz”, “energia que dinamiza o corpo”, “alma” e, às vezes, como “princípio vital”;

e) os depoimentos do momento da concepção revelam sempre um *eu-pessoal,* que se forma naquele instante, *sem existência anterior* de qualquer forma ou espécie;

f) desde a concepção, um paciente se beneficia de características da *atemporalidade* do inconsciente, a qual lhe possibilita a penetração no passado mais distante para a verificação de situações importantes do processo terapêutico e também para o presente e o futuro;

g) para o paciente, no momento de sua concepção, é especialmente importante saber e sentir como foi o *ato* de seus pais *que o gerou,* se houve amor, aceitação mútua e abertura para uma gravidez. Quando essas condições não existem, já se pode deslanchar,

nesse momento, na criança, um profundo processo de angústia vital e podem advir atitudes de auto-agressão, até mesmo de auto-anula- ção mental ou criação de deficiências psíquicas e orgânicas graves.

2.4 **A CRIANÇA E SEU NASCIMENTO**

> **O nascimento não é processo apenas fisiológico, mas ativamente participado pelo nascituro, o qual pode acelerar, retardar, facilitar ou dificultar o parto.**

O paciente, quando conduzido, em nível I, à época de seu nascimento, manifesta ele, então, atitudes de ansiosa expectativa no que diz respeito à recepção que terá pelos seus. Em nível I, a sua primeira descrição espontânea se aproxima da de um simples relato sobre o desenrolar de uma cena viva. No entanto, logo que o paciente for interpelado pelo psicoterapeuta, descerá em maior profundidade, explicará as causas de determinados acontecimentos e comportamentos em torno do nascimento, acabando por relatar sua interferência ativa nesse processo. Em função do que sentiu e do que percebeu, o paciente informa que retardou, acelerou, dificultou ou facilitou o seu parto.

O relato seguinte do nascimento de uma paciente exemplificará o que falamos. Descreve a paciente, em nível I, o momento do nascimento:

— “O meu parto está muito ruim... Está difícil passar para o lado de fora... É um parto demorado!... Mamãe está sofrendo! Já passou muito tempo de eu nascer!”

Perguntamos o motivo desta dificuldade e a paciente esclareceu: “... Eu estou nascendo de nádegas!”

Continuamos investigando o motivo pelo qual a paciente não tomava a posição normal de nascimento, a posição “de cabeça”. Respondeu-nos:

— “...Eu não tenho pressa de nascer! Lá fora não

é bom... Mamãe e papai vivem se xingando... Eu acho que eles vão me xingar também!... Eu não quero ouvir o que eles vão dizer quando virem que eu sou mulher!... Eu quero ficar com os ouvidos (a cabeça) aqui dentro bem escondidos!...”

E a paciente, dizendo isso, tampa as orelhas com as mãos.

Assim como essa paciente retardou e dificultou o seu parto, outra, ao contrário, tenta antecipá-lo, motivada pelo desespero de não ser uma criança desejada durante o período da gestação. Durante a fase de útero materno, havia ela tentado auto-abortar-se por três vezes, mas o problema fora contornado. Agora, nas vésperas do nascimento, ao perceber a mãe cansada e profundamente triste pelo desinteresse de seu marido por ela e pela gravidez, faz ela uma última tentativa de eliminar-se. O relato que segue, embora sem todos os detalhes, é absolutamente fiel ao que foi dito pela paciente em nível I e sua publicação foi-nos autorizada por ela.

A paciente encontra-se no final do oitavo mês de gestação e
fala:

— “Mamãe está trabalhando demais e sente-se muito cansada! Chora em silêncio, porque ninguém quer tomar conhecimento de que eu vou nascer... Nem mesmo minhas irmãs me querem... Desse jeito eu não quero viver... Acho que vou pregar uma peça na mamãe... Ela está limpando o assoalho perto do banheiro... Eu vou fazer com que ela me deixe cair no vaso, para morrer!”

A paciente, em continuidade do relato, diz que provocou fortes cólicas na mãe. Esta, pensando que a dor fosse intestinal, correu ao banheiro. A paciente aumentou as cólicas da mãe. A mãe gritou chamando duas irmãs da paciente, que brigavam entre si e por isso não a ouviam. Prossegue dizendo a paciente: “Quando alguém se aproxima pelo lado de fora, eu fico quietinha... eu não quero que ajudem mamãe... Eu quero escapulir pelo vaso... Não quero mais viver!... Ninguém ouve mamãe e eu estou começando a sair dela... Minha irmã chegou! Mamãe mandou chamar a parteira... Eu estou ficando asfixiada... Acho que

estou perdendo os sentidos!”

Minutos depois, continua a paciente: “Estou tornando a ouvir mamãe!... Já nasci! A parteira está no meu lado, preocupada. Mamãe está chorando e... pedindo a Nossa Senhora para que eu não morra!... A parteira está dizendo que estou semimorta. Mas a oração da mamãe está tocando meu coração... isso quer dizer que ela me ama, que ela me quer!... Então eu já posso viver!... Vou ajudar a parteira!...”

De maneira semelhante, outra paciente ajustou-se aos desejos negativos de seus pais, não querendo viver. Fala ela, no momento do nascimento:

— “... O parto está demorado e difícil ... Eu nasci, mas estou roxinha!”

A paciente explica que nasceu com circular de cordão. Continua dizendo: “Meus pais estão preocupados. Acham que não vou conseguir sobreviver!”

De acordo com o procedimento técnico costumeiro, procuramos o conteúdo mais profundo desses acontecimentos. Esclareceu a paciente que a causa encontrava-se no sexto mês de sua gestação. Conduzida ao sexto mês, fala a paciente:

— “... Papai está bravo e nervoso! Está agredindo a mamãe!... Disse que nada deu certo, que não vai ter condições de criar mais filhos. Que não quer saber de mim!... Por isso eu estou dando um jeito no meu corpo! (A paciente se mexe sobre o sofá-cama.) Vou passar a cabeça entre o cordão (umbilical) para que aperte meu pescocinho!... Eu não posso existir! Eles não me querem mais!” (A paciente chora.)

Essa paciente, embora sobrevivesse, condicionou o comportamento de fuga pela tentativa de suicídio, em seu inconsciente, como solução para os momentos difíceis. Sua anamnese registra vários incidentes nesse sentido.

Uma outra paciente, ao ser conduzida aos nove meses de gestação, falou: “Mamãe está com falta de ar!” À pergunta do motivo, respondeu: “Sou eu, eu estou muito em cima... Eu estou apertando para cima... Quero fugir para longe da saída... Mamãe está vendo chegar a hora de eu nascer e está triste,

porque a casa é muito pequena... Ela acha que não tem lugar para mim!... O parto está demorado... Mamãe está sofrendo!”

Diz outra paciente, que foi conduzida ao momento do nascimento: “E’stou custando a nascer... A cabeça já saiu, mas o corpo, não!... Papai está assistindo ao parto. Ele disse que meu corpo está entalado!... E ele estava agarrado mesmo... Fui eu que me agarrei... Eu não queria que papai visse meu corpo para que não soubesse que eu sou mulher... Eles discutiram durante toda a gravidez da mamãe. Mamãe queria mulher, papai queria homem e escolheu nome de homem... Ele disse que meu nome vai ser Joaquim, mesmo que eu seja mulher... eu não quero me chamar Joaquim (paciente chora)... quando papai souber que eu sou mulher vai brigar de novo com mamãe e não vai ligar para mim!... Por isso não quero nascer.”Enquanto esses pacientes, por mágoa e agressão, dificultam o processo do parto, outros pacientes, pelos mesmos motivos, aceleram-no. É o que segue.

O paciente foi conduzido, em nível I, ao nono mês de gestação, onde pedi que se “visualizasse” no momento do nascimento. Res- pondeu-nos ele:

— “Nove meses? Eu já nasci. Eu não estou mais dentro da mamãe!”

Conduzimo-lo, então, aos oito meses e o paciente falou:

— “...Eu já vou nascer! Não está na hora, mas eu quero nascer!... Para acabar com as discussões de mamãe e papai... Eles discutem porque não sabem quem vai cuidar de mim. Os dois trabalham fora e um me empurra para o outro!... Mas a titia quer cuidar de mim... Só eu sei que ela quer fazer isto! Ela pensa em mim com carinho!... Eu quero, eu vou nascer agora!”

E o paciente nasceu com oito meses, rapidamente, em poucas horas.

Por outro lado, como já foi dito, quando existe amor conjugal entre os pais, acrescido da aceitação e alegria em relação ao filho que vai nascer, e criança colabora e procura atender aos seus desejos.

É esse o caso de outro paciente que relata:

— “...Está passando da hora de eu nascer... Mas mamãe gostaria que eu nascesse só na casa nova... Eles estão fazendo a mudança!”

Passados alguns segundos, o paciente continua: “...Já estou na casa nova! Já vou nascer!... Hum! Que confusão! Está todo mundo correndo!... E estão rindo. E porque eu estou nascendo no meio da bagunça! Não tem nada arrumado pra mim!... É, mas eu estou nascendo na casa nova! Eu esperei!... Bem como mamãe queria!”

A criança de nível I revela outras surpresas de reação, quando é conduzida para os primeiros dias ou meses depois do seu nascimento.

Diz uma paciente: “Estou magra e fraca e não estou mamando... Não quero o leite de mamãe! Ele está cheio de veneno que a mamãe tomou para me matar, quando eu estava dentro dela!”

Outro paciente comporta-se semelhantemente e diz: “Estou vendo muito sangue! Estou me sentindo tonto!... O médico já amarrou três vezes o meu umbigo (coto umbilical), mas continua saindo sangue!... Sou eu quem faz isso! Eu não quero viver, porque eles (os pais) se decepcionaram comigo! Sou menino e eles queriam menina!...”

Nesse sentido alguns pacientes agem até mesmo de forma vingativa e sádica. Veja-se, por exemplo: uma paciente com traços esquizóides conduzida, em nível I, ao seu nascimento, rompe, repentinamente, em forte gargalhada e diz: “Mamãe está desesperada porque eu estou vomitando todo o leite... Ela está me levando para o hospital... Estou com soro, mas não vai adiantar! Eu não quero! Não estou melhorando!... Mamãe está chorando!... (paciente ri) ...É gozado ela não querer que eu morra! Só porque eu nasci! Antes de nnscer ela fez tudo para me tirar!” A paciente ri novamente e diz: “Oh! Ela está fazendo diversos chás para me curar! Antes era para me matar!... Entenda-se uma mãe dessas!... Agora sou eu que não vou colaborar com ela!”

Procurei saber da paciente como havia sido contornada esta situação. Disse-me ela: “Foram dois meses depois...” Conduzi-a aos tlois meses após o nascimento. Falou-me a paciente: “Eu estou muito mal, muito fraca... Eu vou morrer! O médico já disse para o papai que não tinha mais jeito de me curar! Papai abraçou a mamãe... Estão me pegando no colo e chorando muito!... Agora eles me amam de verdade!... Eu acho que vou reagir!... Estou reagindo!... Abri os olhos!... Mamãe correu para buscar um pouco de leite!... Eu tomei! Não vou vomitar mais! Agora eu quero viver!”

O medo de não ser aceito é também fator bastante presente junto ao nascimento. Um paciente, ao ser conduzido a esse momento, verbaliza: “Estou sentindo calor, muito calor!” Olho para ele e vejo que sé torna fortemente corado e sua, embora fizesse frio nesse dia. Investigo o motivo e ele me diz: “Estou com medo de ver a decepção de mamãe. Ela queria uma menina. Eu não quero nascer, estou com medo e estou

sufocando!” O paciente começa a tremer e tem ligeiros espasmos. Repete constantemente que está se sentindo muito mal, mas que não tem coragem de nascer, porque “mamãe vai se decepcionar”. O suor lhe escorre pelo rosto. O paciente abre o botão da camisa junto ao pescoço para aliviar a falta de ar. Então chora e diz: “Não sei se devo ficar aqui mesmo e morrer, ou se devo enfrentar a decepção de mamãe!”

Existe também o medo do nascimento pelo receio de perder a segurança do útero materno. Diz um paciente: “O parto está muito difícil!” Investigando o motivo, ele esclareceu: “Papai e mamãe discutem e mamãe rejeita papai quando está brigada com ele... Ela fez uma extravagância para eu nascer antes da hora, para agredir papai... Aqui dentro está tudo seguro, mas lá fora, não sei! Meus pais são inconstantes em seus sentimentos... Entre eles e para comigo... Mamãe provocou o parto... Mas eu estou me segurando!... Eu não quero nascer em função da raiva da mamãe... Mamãe fez isto para agredir o papai... Eu não quero encontrar mamãe desse jeito... Por isso, o parto está muito demorado e difícil!”

O nascimento, porém, não costuma ser a hora mais dramática da gestação de uma criança, como normalmente se pensa. Pelo contrário, em alta percentagem dos casos tratados o nascimento é exatamente a hora do grande “oásis” para a sede de amor duma criança. Geralmente os problemas da fase da gestação costumam desanuviar nesse período. A criança não desejada passa a ser aceita. Os pais que discutem e se desentendem, se unem para esperar o nascimento e preparar o ambiente de recepção. Assim, o nascimento é, genericamente, um dos “registros positivos” de substituição eficaz. É nessa hora que a criança percebe a alegria da notícia de seu nascimento, o carinho de papai para com mamãe, as visitas e os comentários a seu respeito — o que pode ser reforçado, em nível I.

Os momentos em torno do nascimento que coroam os nove meses de gestação de uma criança são muito importantes para a sua segurança psicológica e para a maneira como ela vai enfrentar o seu mundo futuro.

2.5 **A INFÂNCIA**

> **Na infância, a criança continua principalmente sob o comando de seu inconsciente. Daí a percepção e os registros são profundos e as expressões, pelo seu comportamento, são símbolos das respostas que ela não consegue verbalizar.**

A grande força de influência inconsciente que os pais têm sobre a criança diminui gradativamente na medida em que a mesma cresce. Numa proporção estimativa, não estatística, diríamos que a influência dos pais na fase do útero materno é de 90%, restringindo-se gradativamente a 75% até cinco anos de idade, a 65% dos cinco aos 10 anos, e a 50% na adolescência, sendo que após essa idade o jovem censura e se defende dessas influências conscientemente. Isso porque coincide com a diminuição gradativa da influência dos pais nobre o inconsciente do filho o desenvolvimento do consciente deste, em substituição à vida mental ativa do inconsciente do mesmo. A identidade própria e individual afirma-se agora e inicia, pouco a pouco, a sua expressão diferenciada. Mas na fase da infância, até 10 anos, é o inconsciente que predomina, tanto na percepção quanto na comunicação, através de comportamentos simbólicos típicos.

Durante a fase do útero materno, a criança reagia psicossoma- ticumente, de forma positiva ou negativa, em função da manifesta- çflo afetivo-emocional dirigida a ela diretamente pela aceitação ou rejeição e, indiretamente, pelo tipo de relacionamento de seus pais entre si. *Com o nascimento da criança,* quando os pais passam a conhecê-la, normalmente *todos os argumentos que justificavam a rejeição anterior, mesmo para as tentativas de aborto*, *somem como por encanto.* A partir desse momento, os pais passam a tudo fazer ptiru manter a criança viva e saudável. Agora, ao contrário, quanto imiis os pais rejeitaram anteriormente, mais se preocupam, inconscientemente, em compensar sua falta, donde resultam vários desequilíbrios na conduta educativa dos pais que vão refletir-se sobre o comportamento da criança, já

marcada profundamente pelo trauma cltv rejeição da fase do útero materno.

Eliminados os problemas de rejeição direta da criança, restam, pura a infância, os problemas de rejeição indireta, ou seja, do relacionamento conjugal de seus pais.

Portanto, os problemas mais comuns encontrados sobre o inconsciente da criança na infância, ou são ainda prolongamentos de problemas sofridos no útero materno ou são, principalmente, reações de defesa, fuga ou agressão devidas aos desentendimentos conjugais de seus pais. Problemas de outra origem existem, mas são poucos **e, em** geral, inexpressivos diante destes.

A criança na infância, assim como no útero materno, quer, antes de tudo, os pais como unidade simbiótica, em termos de amor e entendimento. É ela capaz de adoecer ou de criar verdadeiros jogos de chantagens para conseguir esse seu intento.

Ainda que externamente tenha ela suas preferências, ora pela mSe e mais tarde pelo pai, de acordo com o que explica a psicologia do desenvolvimento, em nível de inconsciente tais preferências aparecem como circunstanciais e superficiais.

Sobre isso, daremos exemplos que emergem dos depoimentos de nossa experiência. Assim, por exemplo, foi o caso clínico seguinte: a paciente em reativação da memória inconsciente revelou que não sabia caminhar até quase três anos de idade. Tinha também, freqüentemente, crises de febre reumatóide. Procurando o motivo, expressou-se ela, em nível I, com simplicidade: “A doença e o fato de eu não caminhar preocupam meus pais e eles, que vivem discutindo, se unem em torno do assunto... Todos os dias, no fim da tarde, conversam sobre o que vão fazer comigo, em vez de ficar brigando como faziam na época da gestação e no primeiro ano de vida!”

Procuramos saber quando e como ela começara a andar. A paciente explicou: “Meus pais tiveram que viajar por um mês e eu fiquei com vovó... Já não fazia sentido eu não caminhar, não tinha por quê!... Então eu caminhei!... Quando eles voltaram, eu pensei

em tornar a não caminhar. Mas papai e mamãe ficaram muito felizes ao me ver andando... Não foi preciso ficar novamente sem andar! Os dois estavam unidos!”

Outro paciente, quando conduzido aos três anos de idade, diz que está com pneumonia... “Qual o motivo?”, perguntamos. O paciente responde: “O médico falou que eu brinquei demais na água do córrego!” “E você, o que diz, qual o verdadeiro motivo?” Insistimos. O paciente explica: “...O papai iria viajar para encontrar outra mulher. Ele iria trair a mamãe... Mamãe não sabia, mas eu sabia, eu vi o pensamento dele!... Papai é louco por mim. Se eu ficasse bem doente, ele iria desistir da viagem!... Então eu fiquei com pneumonia e ele não viajou!”

Uma paciente mulher tem faringite e vômitos aos dois anos, a ponto de ser internada. O motivo é idêntico: “Papai e mamãe estão zangados um com o outro, não se falam... Se eu ficar doente, eles vão ter que se falar!”

Como explicamos, a criança quer a união dos pais. Em momento algum aceita pacificamente qualquer atitude do pai contra a mãe ou desta contra o pai. Veja-se um trecho da terapia de uma paciente com um ano de idade: “Estou começando a andar... Mamãe está contente... Está chamando a empregada para ver... Agora a titia... Papai está no quarto... Ela não chama o papai!... Ela quer me curtir sozinha!... Fiquei triste e caí!...”

A paciente explica que deixou de andar por algum tempo porque estava zangada com a mãe. Só tomou a caminhar seis meses depois desse acontecimento, quando viu seus pais “rindo juntos”.

Outras vezes, o problema que a criança sofre é, como já disse, o prolongamento de sofrimentos do útero materno. Foi o caso de uma senhora que pôde libertar-se de mais de 60 anos de crises de asma. Encontrou ela a causa da asma no terceiro mês de gestação, quando a mãe teve falta de ar, após uma violenta discussão com o marido. Na infância, esta asma era o forte recurso para acabar com as discussões de seus pais. As crises foram bem condicionadas nesse período e depois se estenderam vida afora.

Da mesma forma reagia uma moça profundamente insegura e portadora de violentas e freqüentes crises de alergia, principalmente ligadas ao período menstruai. O motivo era que o pai, durante o período de gravidez da esposa, desejava sempre um menino. A alergia ligada à menstruação simbolizava bem a auto-rejeição como mulher em adaptação ao desejo do pai.

É esse também o problema de um menino que, em reativação da memória inconsciente, explica que não conseguiu firmar as pernas até dois anos de idade e que sentia muita dor nas mesmas. O problema havia sido gerado no quinto mês de gestação com a seguinte vivência, conforme o paciente: “Papai está zangado, saiu e bateu a porta com raiva... Eu dei um chute dentro do ventre da mãe... Com isso, romperam-se os tendões dos meus joelhos!”

Ainda repetiu-se tal problema com uma outra senhora, já de idade. Seu andar era lento, difícil, arrastado e a expressão do rosto, ausente e sofrida.

— “A vida inteira tive dores fortíssimas nas pernas”, diz ela. “Desde criança eu sofria dessas dores e de enxaqueca. Levei muita surra porque mamãe achava que era preguiça! A minha infância foi muito sofrida por causa disso!”

A reativação da memória I levou a paciente à gestação. “Viu- se” ela diante de uma crise histérica da mãe, aos sete meses de gestação. Mamãe batia com os punhos na barriga e dizia: “Não agüento mais o peso desta criança... Minhas pernas doem demais!” As pernas da mãe eram cheias de varizes.

Acontece que a paciente não tinha varizes e já fora examinada por vários médicos em torno da queixa “dor nas pernas”. No entanto, a dor era análoga às “dores de varizes”. A paciente identi- ficara-se psiquicamente à dor da mãe, pelo susto, pelo choque da agressão das palavras da mãe contra ela. Da mesma forma a enxaqueca sofrida pela paciente na infância, sem nenhuma assistência médica ou de medicamentos, associou-se às discussões de seus pais, transferindo-se mais tarde a qualquer situação de conflito.

A *preguiça* é uma acusação freqüente dos pais à criança. Em nossa experiência, porém, está geralmente ligada a bloqueios emocionais. A criança é

naturalmente alegre, viva, ativa, entusiasmada e carinhosa.

A *birra* ou *pirraça* é outra atitude comuníssima na criança. Por meio dela, a criança nem sempre está contestando diretamente a situação diante da qual se comporta com teimosia. As causas são, muitas vezes, a rebeldia e a revolta contra desentendimentos dos pais ou a rejeição sofrida no útero materno. Outras vezes é esta uma forma de reagir contra a superproteção, de cobrar firmeza dos pais.

Cólicas e *vômitos* no primeiro ano de vida encontram-se, segundo nossa experiência, quase sempre ligados à agitação da mãe, principalmente quando ela amamenta.

A *agressividade,* como a do menino que jogava pedras contra sua casa ou de crianças que quebram ou destroem as coisas de seu lar, é, genericamente, símbolo de insatisfação com o ambiente de casa.

Dificuldades de aprendizagem na infância têm sido relacionadas pelos pacientes em nível I aos bloqueios que trazem de casa para a escola, ou, então, surgem na idade escolar pelo medo de enfrentar ambiente e amigos novos, ou uma professora brava demais.

O *ciúme* entre irmãos é, sem dúvida, causado por falta de alerta dos pais, por não prepararem a criança mais velha para a vinda do irmão ou por mostrarem preferências por um ou outro filho.

A *enurese* é sinal de insegurança emocional-afetiva aliada a agressividade e pode ser causada tanto pela rejeição direta da criança como pela desunião dos pais e, ainda, por ciúmes entre irmãos.

Brincadeiras sexuais são comuns nessa fase, tanto de meninos com meninas, como entre os mesmos sexos. Ainda que não tenham tido informações ou censuras anteriores, as crianças com essas experiências caem em sentimentos de culpa e, às vezes, punem-se até a fase do matrimônio, inconscientemente, não se permitindo um autêntico prazer conjugal.

Ausência de tempo de lazer ou brinquedo. E impressionante o número de pacientes que, ao deporem sobre o seu sofrimento na infância, relatam a proibição de brincar. Há casos de pais verdadei-

ramente sádicos que, por exemplo, misturavam milho com feijão, fazendo seus filhos sentarem, horas a fio, separando e catando grão por grão para que *“não ficassem fazendo bobagens”.* Muitas vezes, após o término dessa tarefa absurda, vazia de sentido, os pais misturavam mais um vez os grãos e obrigavam seus filhos a repetirem incessantemente esse trabalho. Isso não é apenas uma tortura física, mas psíquica e moral. Que tipo de adultos esperam os pais desses filhos em cujos corações só semearam ódio, revolta e inutilidade existencial?

O desrespeito. Por mais que os pais queiram imaginar o que uma criança sofre com o desrespeito à sua pessoa, ainda estão longe de compreender o que isso realmente significa. Certas humilhações diante dos outros, provocadas, por vezes, levianamente, até mesmo cm forma de “piada”, machucaram tanto os filhos que até hoje, como adultos, eles choram e sofrem inibições. É a mãe que fala às visitas que seu menino “faz xixi na cama”. É a mãe que para evitar que o filho saia de casa veste-lhe uma roupa de menina. É o pai comerciante que humilha o filho adolescente na frente de fregueses. É também o pai que humilha a mãe, ou a mãe que humilha o pai na presença dos filhos... E hoje, quando já sabemos que a criança tudo percebe, até mesmo o pensamento de seus pais, desde antes do nascimento, podemos compreender quanta decepção profunda e vital pode sofrer uma criança devido ao desrespeito.

A *superproteção* dos pais sobre a criança é também um dos maiores venenos da personalidade da criança nessa fase. De forma alguma pode ser confundida com *excesso de amor.* Ao contrário, a superproteção é uma compensação, que pode ser inconsciente, mas de qualquer forma é egocêntrica, abafando o desabrochar da personalidade da criança, bloqueando, inclusive, o desenvolvimento da inteligência, podendo lançar bases para desequilíbrios psíquicos como o homossexualismo e a esquizofrenia. Aliás, nos casos de esquizofrenia, tem-se encontrado, em alta freqüência, a dupla atitude de rejeição no útero materno e superproteção compensatória após o nascimento. É o que se encontra também em crianças autistas. Por esse motivo é, genericamente, possível tratar desses casos pela ADI,

embora seja necessário ouvir antes o médico dessa instituição, para cada caso.

Ausência de fé dos pais. A criança é naturalmente religiosa e tem fé num Deus que está presente e zela pela família. Diz uma paciente de dois anos, durante a RMI: “Papai está sempre de cara fechada de preocupação. Ele tem medo de que falte dinheiro, tem medo de tudo. E mamãe também... Sabe por quê? Eles não rezam, não têm fé! Seria tão diferente se eles tivessem fé! Eles seriam mais alegres!... Mas eles não acreditam em nada e por isso sofrem demais sem necessidade. E nós com eles!” (a paciente chora).

Com outra paciente, houve o seguinte diálogo:

Pac.: “Mamãe está muito triste... Nervosa, preocupada demais... E eu me sinto mal perto dela...”

Psic.: “Veja o que é que está incomodando tanto a mamãe nesse instante!”

Pac.: “É tudo... Ela é assim mesmo!... Ela é sempre assim!”

Foi proposto à paciente que procurasse, com o seu “sábio”, um objeto simbólico para figurar a causa profunda desse estado de sua mãe. A paciente viu uma cruz. Com outra técnica, solicitamos à paciente a interpretação desse objeto. Disse-nos ela:

Pac.: “É a cruz de Cristo! O que falta à mamãe é ter mais fé, ser mais amiga de Deus. Com Ele, ela seria diferente!”

Para dessensibilizar o problema, uma vez que tratáramos de sua mãe e sabíamos de sua mudança no aspecto religioso durante nosso tratamento, aproveitamo-nos da atemporalidade do I e dissemos: Psic.: “Esqueça a mãe dos três anos e a substitua pela de hoje!” A paciente silenciou por alguns segundos e depois sorriu, dizendo: “Ah! Hoje ela está muito diferente! Hoje está com Cristo e está bem!”

Observe-se, quanto a esse caso e ao anterior, um aspecto interessante no que se refere à teoria da aprendizagem social: as pacientes não tinham pais religiosos, portanto, a fé das mesmas não era resultante de aprendizagem. Era natural.

O quanto a fé é importante para uma criança evidencia-se também quando o psicólogo, no momento da substituição dos registros negativos por'positivos,

pergunta ao paciente pela vivência mais alegre e mais positiva de diversas idades da infância. É altamente relevante o número de pacientes que apontam, como resposta, a “Primeira Comunhão”, e, realmente, pela experiência religiosa, não pela festa ou acessórios. Nas meninas aparece, com a mesma freqüência, a alegria da celebração da “Coroação de Nossa Senhora” do mês de maio. Outra paciente, ao encontrar-se pela RMI no útero materno e quando lá foi motivada a encontrar o momento de maior satisfação, respondeu: “É aos cinco meses de gestação... Mamãe está na igreja comungando! Sinto muita paz dentro de mim! Meu corpo está leve! Parece que sou toda inundada por luz e alegria!”

Percepção do pensamento. É muito importante que os pais se lembrem que a criança ainda não bloqueou nem "arquivou" sua capacidade inconsciente e, por isso, percebe com facilidade os pensamentos de seus pais. Muito comportamento da criança nada mais é que uma resposta inconsciente à atitude interna dos pais. Observa-se isso muito em "crianças agitadas". Quase sempre, nesses casos, a agitada é a mãe. Interiormente, está ela irrequieta, às vezes discutindo com o marido, insatisfeita. A criança, na presença da mãe, costujma então comportar-se exatamente assim: irrequieta, queixosa (insatisfeita) e sendo "chata". Daremos apenas um exemplo dessa percepção de pensamento da criança: é de uma paciente que, pelo processo retroativo, foi conduzida aos seus nove anos de idade.

Diz a paciente: "Mamãe e papai estão na cozinha... Mamãe, cozinhando, papai, sentado em silêncio, coçando o pé..." Perguntamos: "Por que motivo o seu inconsciente está mostrando esta cena?" Respondeu-nos a paciente: "Por causa do pensamento do papai. Ele está pensando em vender nossa casa, porque a vovó faleceu aqui. Ele não tem coragem de falar isso a mamãe, nem para nós, os filhos!... Eu não gostaria que ele vendesse a casa, por isso estou aflita com o pensamento dele!"

Grande parte dos problemas aqui citados como sendo típicos da infância são também mencionados pela Psicologia do Desenvolvimento, manuais de Psiquiatria Infantil e livros de Medicina psicossomática. No entanto, acreditamos que o fato de tais observações partirem da própria criança, do nível I, do ângulo de sua vivência pessoal, tais problemas têm um enfoque diferente do que quando são apenas analisados por especialistas.

Lembramos ainda que a infância costuma causar aos pais menos preocupações que a adolescência, porque a criança, nessa fase, cala mais os seus sentimentos e, por isso, parece mais dócil, mais obediente. Vale para ela, porém, a expressão: "Águas paradas são profundas", e o que a criança hoje silencia expressará de forma clara e às vezes violenta nessa fase seguinte, na adolescência. Por isso, ao

contrário do que se pensa, a fase infantil é a que deve causar mais cuidado aos pais e, principalmente, a fase do útero materno da criança, pois é nela que se lançam as sementes que desabrocharão na juventude e na fase adulta.

Mais adiante, sob o capítulo “O Tratamento da Criança”, apresentaremos algumas técnicas de “substituição de registros negativos” (glossário), conforme utilizadas em nosso tratamento para solucionar grande parte dos problemas aqui apresentados. Se essas soluções funcionam sobre o inconsciente, dando bons resultados, deverão, por certo, também conduzir a resultados significativos quando utilizados na educação consciente.

2.6 **A ADOLESCÊNCIA**

A adolescência é uma época de grandes mudanças psicofisiológicas dó ser humano, conforme esclarecem especialistas no assunto. A experiência TIP enfoca novo ângulo da questão, mostrando como o próprio adolescente se sente e como percebe a si mesmo nesta fase, a partir de seu inconsciente.

A puberdade e a adolescência, como sabemos, são fases de grandes mudanças fisiológicas e psicológicas do ser humano. É nessa época que o menino e a menina, até agora dóceis, submissos e “bem comportados”, passam a manifestar-se, repentinamente, de forma desafiadora, contestadora, às vezes agressiva, mas de qualquer maneira sempre de um modo diferente e estranho, ao menos para a sua família.

As análises do comportamento de adolescentes que conhecemos são feitas, genericamente, a partir da visão de adultos, estudiosos, educadores ou pais. São realizadas, ainda, a partir de pesquisas com adolescentes, onde eles próprios respondem. Tais pesquisas, porém, a bem da verdade, exigem uma interpretação, porque o adolescente não só responde pelo que pensa, mas já associando suas fantasias,

sonhos, revoltas, agressões ou desejos. Nesse sentido, o processo da ADI que penetra no inconsciente de seus pacientes, perpassando as vivências profundas das idades pregressas, descobrindo aí os sentimentos mais autênticos e puros, pode oferecer respostas originais sobre esta faixa etária. Os dados colhidos, no entanto, não contestam as características largamente divulgadas e conhecidas da adolescência. Ao contrário, em sua maioria as confirmam, mas apontam também aspectos novos ou complementares, dentro deste contexto global, já pacificamente aceito.

Segundo o que se observou da experiência, há no ser humano, durante o seu desenvolvimento normal, partindo da concepção, uma gradativa mudança, uma troca da atividade mental do inconsciente para a vida ativa da mente consciente. Na adolescência, o consciente, de certa forma, atinge o meio a meio entre essas duas percepções e atividades mentais. O adolescente inicia também agora sua marcha de libertação gradual da simbiose inconsciente de sua mãe para assumir, pouco a pouco, o pensamento e a expressão conscientes, o seu próprio *eu-pessoal.* O adolescente deixa, paulatinamente, sua atitude mental passiva, a de receber impressões e registros, de responder com reações comandadas pelo inconsciente, e de impressionar-se vitalmente com os acontecimentos de conotação afetivo- emocional que o atingem, para assumir o comportamento ativo de diferenciação dos outros, para fazer suas análises racionais, para tecer comparações e correlações, para formular suas opiniões e críticas e tomar suas decisões a favor ou contra os fatos.

Piaget, em seus estudos sobre o desenvolvimento cognitivo da criança, descreve a fase da adolescência como sendo a “época da conquista do pensamento”. Explica ele que o adolescente volta-se agora para as operações formais e que já sabe construir proposições contrárias aos fatos, conceituar seu próprio pensamento e o pensamento de outras pessoas. E assim Piaget, embora sem nenhuma referência a níveis mentais, de uma certa maneira confirma, por suas

observações da inteligência da criança e do adolescente, o que, a partir de nossa experiência, se explica como sendo a evolução da vida mental ativa inconsciente para a consciente. De fato, segundo Piaget, a criança "tem dificuldade em distinguir o que pensa do que percebe". E, de acordo com nossa experiência, isso também se confirma. A criança vive o inconsciente, onde pensamento, sentimento e percepção são praticamente a mesma coisa. Melhor dito: enquanto o adolescente desenvolve e expressa um raciocínio distinto em torno do que pensou e do que percebeu, a criança, inicialmente, só *sente e pensa o que percebeu.* A percepção da criança, embora de penetração mais profunda e mais ampla que a do adolescente e do adulto, é envolvida e perturbada pelo sentimento afetivo-emocio- nal, mais delicado nesta faixa etária.

Assim, por exemplo, em sua sede natural de amor, a criança de útero materno pode perceber-se diretamente rejeitada quando, às vezes, houve apenas rejeição indireta, circunstancial, por motivos vários: financeiros, desunião conjugal, surpresa da gravidez. No processo de "percepção-pensamento-sentimentos" da criança, não cabe o raciocínio sobre estas circunstâncias amenizantes da rejeição. Daí pode gerar-se uma reação psicossomática inconsciente que se ajusta à rejeição da forma como ela foi percebida pela criança, construindo-se toda uma cadeia de reações negativas sobre esta sensação, surgindo doenças, tais como asma, bronquite, alergias, obesidade, enurese, e males psicológicos, como angústia, agressividade, desejo de suicídio. Desses, os males físicos podem manifestar-se já na infância, mas genericamente são apenas tratados em seus sintomas. Somente na adolescência, exatamente devido à mudança do processo percepção-pensamento, e, conseqüentemente, pela exteriorização de sofrimentos reprimidos na infância, é que surgem os chamados "comportamentos indesejáveis", que são expressões de reação, defesa e libertação desses sofrimentos.

O *adolescente,* portanto, *ao lado das mudanças naturais de influência fisiológica e as do seu psiquismo, manifesta também a expressão dos*

sofrimentos reprimidos da infância e esse contexto é que torna o adolescente tão difícil de ser compreendido.

O adolescente encontra-se exatamente no início da assimilação do raciocínio do adulto. Daí resulta que os sofrimentos, durante e após a adolescência, são, quase sempre, menos traumáticos, por causa da diferenciação, da abstração que o adolescente-adulto já consegue fazer na percepção entre o pensamento dos outros, do seu sentimento e do fato em si. Explicando mais uma vez, de acordo com o que nos ensina a experiência, a criança, ao ser rejeitada pelos pais, por motivos circunstanciais ou diretamente, somente percebe, sente e pensa *sou rejeitada"*, e não "*eles me rejeitam*". A rejeição para a criança não é apenas do sentimento dos pais, mas coincide com a pessoa dela. E assim se compreende por que a criança de gestação tende a somatizar essa rejeição, partindo, tantas vezes, para a autodestruição, num processo de continuidade vida afora. E o adolescente, ao contrário, por saber fazer melhor a distinção entre seu pensamento e o dos outros, é, por isso, menos vulnerável ao registro de traumas. Por esse motivo é que os problemas da adolescência, quando surgem, normalmente expressam eles muito mais a libertação e a repentina manifestação externa do que foi registrado no inconsciente na fase anterior à adolescência, do que traumas surgidos diretamente nesta fase. O mesmo pode-se dizer quanto a problemas psicológicos ou psicossomáticos do adulto, até quanto a problemas de desentendimento conjugal, que em grande parte são lançados em sua base, na infância do homem e da mulher que formam esse casal, pela introjeção do modelo de seus pais e a subseqüente identificação posterior e projeção no cônjuge.

Em função de todas essas observações, é importante saber distinguir na adolescência, em primeiro lugar, as características *normais* de mudanças psicoemocionais e fisiológicas daquelas outras manifestações que chamamos de "registros negativos" do passado.

Confirmando a psicologia evolutiva e as

características normais da adolescência, a necessidade de *auto-afirmação* é um comportamento que se sobressai nessa fase e para fazer frente à dependência que vinha da infância. É ela percebida pelo adolescente como sendo simultânea e alternadamente formada de momentos de reações impulsivamente violentas, agressivas, contestadoras, ao lado de outros momentos de timidez, retraimento, serenidade. Isso caracteriza também a *ambivalência*, o que designa exatamente essa coexistência de processos psíquicos e comportamentais contraditórios. Essas manifestações vêm acompanhadas, ainda, da *insegurança*, compreensível em relação a alguém que está saindo de uma situação de vida, a infância, para penetrar na fase adulta.

O caso clínico de uma moça em sua festa de 15 anos ilustra essas características. Relata a paciente: “Resolvi fazer uma festa, mas pedi a meus pais que não interferissem... Agora me vejo na sala, tudo pronto e eu sozinha. Estou insegura... Não sei se os amigos vêm. Meus pais estão no quarto... Eu queria que estivessem aqui, ao meu lado!” Nesse depoimento estão nitidamente caracterizados a ambivalência, a insegurança e a dependência ao lado do desejo de independência.

O mesmo conjunto de conflitos normais da adolescência gera no filho a *vontade de sair de casa.* Esse querer sair é normal quando busca a convivência de amigos e grupos. Mas quando falta a habilidade dos pais, pode acontecer que o filho não só saia, mas mude-se de casa. Não é normal, porém, que o adolescente queira realmente deixar seu lar, pois ainda precisa dele. Semelhantes oscilações entre o desejo de sair e ficar em casa são expressadas nos seguintes exemplos de pacientes entre 12 a 15 anos, quando dizem: “Se eu pudesse dialogar com papai (ou mamãe) e explicar o que penso, eu ficaria mais com eles!” “Se eles me dissessem o motivo por que mandam e desmandam em mim e me proíbem, eu não fugiria tanto de casa.” “Eu até que gostaria de ficar: se meus pais me valorizassem um pouquinho... Se não só cobrassem... Se não vissem só defeitos... ” “Não

suporto minha casa, porque papai acha que falar comigo é perder a autoridade...” “Mamãe, quando fala, faz logo um sermão que não acaba mais... Então eu saio e bato a porta!” “Os pais não confiam em mim! Partem sempre do princípio de que vou fazer algo de errado! Eu preciso procurar alguém! Alguém que confie em mim!” “Papai me dava carinho e atenção, agora mudou totalmente: não tenho culpa de ter crescido... E já que não tenho carinho em casa, vou buscá-lo fora!”

Outro motivo que lança os filhos fora de casa é a desunião ou a infidelidade conjugal dos pais. Um lar onde os pais estão desunidos, simplesmente não é lar, nem para a criança, nem para o adolescente. A criança consegue suportar isso em silêncio, o adolescente foge... foge de casa, foge para o sexo, foge para a droga.

Certa menina, cujo pai viajava muito e que percebia não haver grande união entre os pais, sentia, por causa disso, uma angústia contínua, que lhe dava insônia. Em determinada noite, não conseguindo dormir, foi à sala para esperar o sono. Lá encontrou sua mãe abraçada a outro homem. Desesperada, no dia seguinte fugiu com o namorado e nunca mais voltou a sua casa.

O tédio, a falta de ter o que fazer ou a falta de vontade de fazer algo, é outra característica bastante revelada pelo adolescente. Ele não sabe o que fazer com o seu tempo. Às vezes, teria o que fazer, por obrigação, mas isso não o atrai. Esse tédio pode ser também reflexo do problema conjugal de seus pais.

Uma paciente, de aproximadamente 40 anos, mencionou, na anam- nese, que tinha “um bocejo que aparecia nas horas mais inconvenientes”. O condicionamento do bocejo foi localizado na infância e, depois, aos 14 anos de idade, diante da seguinte situação familiar, expressa pela paciente: “Pai e mãe estão aí... Estão ambos em casa, mas distantes entre si... Não se falam... Parece que estão cansados um do outro... O cansaço deles me dá sono (paciente boceja). Não tenho vontade de fazer coisa alguma... A

vida é chata... A gente não tem o que fazer (paciente boceja).,. Eu vejo isto nos meus pais!”

O adolescente, devido a sua insegurança e necessidade de auto-afirmação, dá grande valor ao seu *aspecto físico.* Relata um paciente: “É Semana da Pátria e o professor exigiu uma calça cor branca... Papai não tinha dinheiro e mandou que eu pusesse a calça dele... Era grande demais! Fiquei ridículo! Não tive coragem de ir para a escola (paciente chora). Tive medo de os colegas rirem de mim, de me porem apelido! Eu me escondi e não fui para a escola, nem para casa... durante três dias... Passei muita fome... Quando voltei, papai castigou-me (paciente chora).”

Diz outro paciente, aos 13 anos: “Papai bateu-me, e eu fiquei com marcas no corpo... Não tive coragem de ir à escola... Ele soube e bateu-me novamente... As marcas pioraram... Falei ao papai que não queria mais estudar e ele me pôs para trabalhar! Abandonei os estudos por causa da vergonha! Eu queria estudar, mas a vergonha dos colegas era mais forte!”

Ainda, sob o aspecto físico, uma menina, que aos 13 anos entrou numa casa de comércio e lá ouviu um comentário grosseiro sobre o desenvolvimento de seu corpo, conservou o que chamou de “complexo” em torno desse comentário até a fase adulta, sem conseguir aperceber-se de que seu físico, há muito, havia-se modificado.

O *autoritarismo* dos pais, especialmente do pai, é muito queixado pelo paciente adolescente, pois impede a sua auto-afirmação e seu processo gradativo de tornar-se independente. Tais pacientes sentem muita revolta e transferem para o pai toda a autoridade, o que lhes dificulta a vida profissional e social. O jovem adolescente quer ir conquistando seu espaço próprio, espaço físico, psicológico e social, o que o autoritarismo impede.

A *superproteção,* nessa fase, torna-se para o adolescente um “abafamento” insuportável. Diz um paciente, nesse sentido, aos 14 anos: “Eu quero o meu lugar... Quero poder ficar só, ouvir minha música e pensar... Os meus pais ficam em cima de mim, me

cobram, me comparam com outros, controlam tudo... ficam me perguntando por que estou triste ou alegre... Como vou responder se nem eu sei por quê?!

A liberdade que o jovem exige dos pais nesta idade também precisa ser compreendida. Certas afirmações do *vou fazer* são mais projetos de auto-afirmação do que decisões e não merecem a intervenção preocupada dos pais.

Da mesma forma é a atitude de *contar vantagens.* Quem está seguro não sente necessidade de fazê-lo. O adolescente é naturalmente inseguro e contar vantagens faz parte dele. Quando esta atitude se manifesta em relação ao grupo, pode ele estar expressando o medo de não ser bem aceito, o que é importantíssimo para ele. Muitas vezes os pais, por sentirem que o grupo ou os amigos estão “roubando” o seu filho, dificultam essa aceitação. O adolescente precisa de amigos ou grupos mais do que em qualquer outra idade. Precisa compartilhar suas inseguranças com outros colegas inseguros, precisa compartilhar ajuda para se auto-ajudar, precisa do apoio de seus companheiros para superar sua fase e crescer, para desenvolver junto com o grupo os seus ideais. Se os pais bloqueiam este esforço do adolescente, pode ele acomodar-se ao mais fácil, que é a dependência dos pais, mas torna-se anti-social, um tímido, um adulto-infantil.

Possuir um ideal é o impulso mais forte e positivo da juventude e aparece continuamente em nossa experiência. Pode ser ele um ideal irreal, desproporcional e fantasioso. Mas ele está presente no jovem e é o grande recurso na educação para superar problemas da adolescência.

O *despertar sexual* é, evidentemente, outra característica que aflora da experiência. Um dos problemas é o surgimento da “menstruação” na menina, principalmente quando não é preparada para isso. Diz uma paciente: “Tive uma angústia muito grande quando percebi um fluxo de sangue. Não sabendo do que se tratava, fui procurar a mamãe, mas não tive coragem de lhe falar o que estava acontecendo comigo... Chorei durante vários dias, até confidenciar meu

problema a uma amiga mais velha...” Esta paciente conservava até a fase adulta uma sensação de angústia e abandono ligada à menstruação, sem compreender a causa.

Igualmente, o menino sente-se surpreendido com as poluções noturnas e, apesar de comentar com mais facilidade o assunto com seus colegas, dificilmente recebe respostas adequadas. A orientação dos colegas, quase sempre, encaminha-o para a masturbação ou para a busca sexual de mulheres. E essa atitude, por outro lado, ensina- lhe uma experiência sexual desligada do processo de humanização e do amor, portanto, frustrativa. A frustração, por sua vez, é interpretada pelo adolescente inseguro como incapacidade pessoal, como fraqueza de masculinidade. Esta dúvida e deturpação fixa-se muito fortemente no inconsciente do adolescente e poda o crescimento e desenvolvimento normal de sua sexualidade. É muito freqüente o caso de pacientes que, em sua adolescência, relatam seus traumas sexuais ligados a experiências às quais foram conduzidos por amigos e, pior do que isso, muitas vezes pelo próprio pai. É bastante curioso observar esse conflito que se gera no inconsciente dos adolescentes, conflito que pode ser constatado nessa terapia por ser muito profundo. O adolescente percebe-se horrorizado quando jogado prematuramente diante de uma situação de experiência sexual. Sofre também e na mesma proporção porque pensa que não “poderia sentir o que sente”. Consola-se pensando que ao repetir a experiência sexual irá dar-se melhor, ficará mais seguro, e como tal costuma não acontecer, cala ele, no seu íntimo, com profundo desespero, a dúvida quanto ao “ser ou não ser bem homem”. Se tivesse oportunidade de relatar sua dúvida, como é conduzido a fazer na terapia, descobriria que outros adolescentes estão sofrendo a mesma incerteza e a questão seria colocada nos seus devidos lugares. Os adolescentes que têm a felicidade de receber uma boa orientação nessa fase e que são preservados da experiência sexual não têm expressado, em nossa prática de terapia, dúvidas sobre sua masculinidade. A *segurança da area sexual é-lhes*

natural, como é natural qualquer processo fisiológico.

A *homossexualidade* evidencia-se também, muito freqüentemente, na adolescência. Diz um paciente: “Saí com um amigo e ele me fez uma proposta sexual. Fiquei surpreendido, chocado, não sabia o que dizer. Depois pensei que ele talvez tivesse me achado diferente e cedi... mas senti-me muito mal! Após esse dia, eu comecei a ficar nervoso porque não sabia o que pensar de mim. Eu queria falar com alguém, queria que alguém me dissesse se havia algo de errado comigo, mas não tive coragem... E o meu amigo continuou procurando-me, acrescentando ameaças de comentar meu caso com outros, se eu não cedesse... E nessa eu estou, até hoje!... Muitas vezes sinto atração por mulheres, mas tenho medo do fracasso!”

Isso é o que realmente sente dentro de si um homossexual. Dificilmente pode ele aceitar-se como tal. *Sobre uma estrutura fisiologicamente masculina, não há condições de estruturar-se um psiquismo feminino.* O homem é um todo psicossomático coerente e divisões internas, como o homossexualismo, agridem o organismo psicofísico e noológico, gerando processos violentos de angústia, conduzindo ao desespero, ao desrespeito de si, ao ódio contra a humanidade (crime) e, finalmente, ao suicídio. Disso tudo a pessoa, vítima da situação de que falamos, dificilmente se conscientiza. Sofre ela a angústia, mas não faz a ligação dos fatos. Apenas pela introspecção profunda sobre o inconsciente essa correlação pode ser feita, e, de forma inequívoca, pelo próprio paciente.

Haveria outros aspectos da nossa experiência com o adolescente a serem relatados, mas creio que apontamos os mais evidenciados; além disto, na terceira parte deste trabalho, falaremos mais uma vez sobre a adolescência, procurando esclarecer, então, as condutas terapêuticas que costumam ser adotadas por nós para resolver problemas e traumas revelados pelo nível inconsciente do adolescente. Dessas condutas, que conduziram à cura do paciente tratado, provavelmente muitos procedimentos servirão também

para orientar os pais e interessados na conduta normal com os adolescentes.

2.7 **A CRIANÇA E OS PROBLEMAS CONJUGAIS**

Os problemas de desentendimento conjugal dos pais são sofridos pela criança como uma divisão dentro do seu próprio eu, refletindo-se em problemas psicológicos e psicossomáticos.

O pai e, mais freqüentemente, as mães que procuram psicólogos, na grande maioria dos casos, estão preocupados não tanto com o seu tratamento direto ou com a melhoria do seu relacionamento conjugal, mas com os problemas de seus filhos. Dizem-se dispostos a qualquer sacrifício, querem fórmulas para aprender a lidar adequadamente com eles. Mas relutam em compreender que o psiquismo dos filhos, assim como o físico, resulta da fusão dos pais e necessita da continuidade dessa união para estruturar-se com equilíbrio. O psiquismo do filho, quando existem desentendimentos entre os pais, não está interessado em saber a qual dos dois deve dar razão ou culpa, mas busca desesperadamente uma solução para torná a uni-los, ainda que seja sacrificando a si próprio, sua saúde e até a vida. Para o filho, uma separação entre os pais não é externa a ele, mas interna, significa uma divisão do seu próprio ser. E essa divisão interna manifesta-se no filho em forma de profunda insegurança estrutural do psiquismo, em atitudes agressivas, em desequilíbrios de comportamento e em males físicos e psicossomáticos de autodes- truição, vida afora, tendendo a repetir-se, por transferência, na próxima geração.

De outro lado, por motivos que agora não vêm ao caso discutir, pai e mãe têm quase sempre uma espécie de “jogo conjugal”, um em relação ao outro, e é exatamente nisso que reside, genericamente, o problema de desentendimentos mais graves e

persistentes. O que queremos dizer é que muito raramente encontra-se entre o casal, de um para o outro, a mesma boa vontade que os dois têm para com os seus filhos. Se esta boa vontade e o conseqüente esforço honesto de entendimento mútuo existissem entre o casal, ou ao menos da parte de um deles — pois acabaria tocando o coração do outro —, o número de problemas conjugais se reduziria a um mínimo. Voltaremos a falar nesse assunto na III parte deste livro, quando tratarmos do reajustamento conjugal.

Aqui, à semelhança dos outros capítulos do inconsciente na família, desejamos apenas mostrar, por meio de exemplos resultantes das sessões de psicoterapia, como os problemas conjugais são sofridos pelos filhos e como se expressam psicológica ou fisicamente. E o que segue.

Uma menina de cinco anos, em nível I, dá a sua mensagem, confirmando o que falamos. Diz ela: “Estou no hospital!... Meu problema são os vômitos... Às vezes vomito dois ou três dias sem parar!”

Investigando a causa, responde: “É de raiva! Meus pais não fazem carinho um para com o outro! Têm vergonha da gente... Engraçado! Eles não têm vergonha de ficar brigando na frente da gente, mas têm vergonha de deixar a gente ver um carinho... Por isso eu vomito!”

Uma paciente, em processo retroativo, aos oito meses de gestação, começa repentinamente a tremer e esclarece: “Estou com frio, com muito frio... Estou toda encolhida... É porque papai e mamãe estão discutindo! Estão dizendo que com mais um neném nesta casa o espaço é pequeno demais... Estão discutindo muito (a fala da paciente torna-se trêmula). Mamãe quer uma casa nova e papai diz que não é possível... O pior é que eu sou a culpada desta discussão!”

Uma senhora queixa-se de sentir-se como se estivesse numa prisão sem grades, sempre ansiosa, indecisa, insegura. Fisicamente, tem alergias, descontrole hormonal, tonteiras, tremores, anemia, hipoglicemia, gastrite.

Durante a terapia, em todas as idades pregressas desta paciente apareceram cenas dos pais discutindo, muitas vezes por motivos fúteis. No entanto, a

paciente, ao reviver as cenas, invariavelmente chorava e sentia-se profundamente angustiada. Após a terapia dos pais, realizada “dentro do inconsciente” da paciente, curou-se ela de todos sintomas psíquicos e físicos acima queixados.

Caso semelhante é o da professora que nos procurou porque estava sentindo dificuldades de lecionar: sua língua tremia, tornava- se difícil a articulação das palavras. Além disso, sofria ela de dores no estômago e de vômitos freqüentes, de pressão alta, de disritmia cerebral, e havia uma formação repetitiva de nódulos nos seios, em função dos quais havia sofrido, por sete vezes, ligeiras intervenções cirúrgicas.

Na reativação da memória inconsciente, a paciente reviveu, sofridamente, os contínuos problemas de discussão dos pais. Sentia aflição em querer ajudar, mas os pais mandavam-na calar-se. Foi então que condicionou os vômitos, interpretados pela própria paciente como se ela “vomitasse a briga dos pais”. Os nódulos eram uma auto-agressâo pela “divisão dos pais dentro dela” e pela não aceitação de sua figura de mulher, cujo modelo era a mãe.

A auto-agressão pela formação de nódulos no seio era também uma maneira de dizer que a paciente desejava se destruir. Pela aplicação do aparelho de “neurotron”, foi possível recuperar, primeiro fisicamente, o equilíbrio elétrico do cérebro, ou seja, a disritmia. Tratados os problemas emocionais, os desentendimentos conjugais dos pais dentro do inconsciente da paciente, o que se fez pela reativação da memória I e pela substituição com registros positivos, a paciente conseguiu perceber que, apesar dos problemas de seu relacionamento conjuga], os pais se amavam. Descoberta e tratada a questão conjugal dos pais, pela RMI, a paciente curou-se, inclusive da formação de nódulos no seio. A “cura” confirma que os problemas verificados pela paciente, e que foram identificados quase que exclusivamente como de desajustamento conjugal dos pais, eram as verdadeiras causas de todos os sintomas.

Em outro caso clínico, uma senhora queixa-se de timidez, de depressão e agitação alternadas, muita

insônia, alergias, asma, nervosismo. Não consegue entender-se com os pais. Fez vários tratamentos médicos e psicológicos, sem sentir melhora maior. Não consegue relacionar-se bem com o marido e os filhos já manifestam uma série de problemas.

Em tratamento retroativo, localizam-se sempre as mesmas circunstâncias: os pais discutem, acusam-se, rejeitam-se e, antes de a paciente nascer, não querem também a ela porque pensam que são pobres demais para ter filhos!

Na infância e na adolescência, a rejeição pela paciente foi substituída por superproteção da mãe, motivada por sentimento de culpa e compensação. A paciente sentia-se “abafada”. Daí a auto- agressão pelas alergias. À noite, não conseguia dormir. Ficava de vigília porque o pai chegava tarde e a mãe o esperava para acusá-lo de que estava com outra mulher. As discussões se iniciavam e a paciente ficava alerta, esperando até que os desentendimentos acabassem, de medo que o pai batesse na mãe, como às vezes acontecia. Disso resultou a insônia crônica. Pela manhã, o pai a tirava da cama cedo, interpretando o sono matinal de “preguiça”. Em resposta, veio o nervosismo, a agitação e, outras vezes, a depressão, como numa espécie de cansaço de tudo...

A paciente foi submetida a tratamento intensivo sobre estes problemas e teve alta. Um ano após a alta provisória, retornou à clínica para avaliação. Estava visivelmente diferente, alegre, extrovertida, falando com segurança. Relatou que não teve mais crises de asma, nem de alergia, e que se sentia liberta dos outros sintomas queixados. Sua vida conjugal melhorara e os filhos, mais calmos e animados, haviam-se tornado bons alunos. A paciente sentia-se feliz.

Para ver como os filhos querem, antes de tudo, a união dos seus pais, serve de exemplo o desabafo que uma paciente fez, em nível I, aos sete anos de idade, ao se dirigir diretamente a estes pais, com palavras entrecortadas de choro e revolta, falando da seguinte maneira: “Há sete anos, vocês diziam que não me

podiam ter, por causa da situação financeira... Vocês brigavam.... Um acusava o outro de gastar demais... Nasceram mais quatro filhos e vocês continuaram brigando, sempre dizendo a mesma coisa!... Mas nós estamos todos aí, sadios, e vocês não enxergam que os problemas financeiros sempre se resolveram... Vocês rezam, mas não têm fé!... Vocês rezam, mas não vêem a ajuda que Deus dá!... Nós somos filhos de Deus também, não só de vocês!... Nós não precisamos de dinheiro, precisamos de união... da UNIÃO de vocês dois!...”

A paciente do relato seguinte é uma jovem estudante. Na anamnese, diz que se sente angustiada, é introvertida, tem dificuldade de aprendizagem, é apática. A queixa principal assenta-se sobre uma espécie de longo desmaio ou amnésia que surpreende a paciente inexplicavelmente, deixando-a neste estado durante vários dias. Foi ela internada várias vezes. Os exames neurológicos eram sempre normais. O mal ficara sem diagnóstico.

Submetendo-se a paciente ao processo retroativo, aparecem em todo o seu passado, desde o útero, como na infância e na adolescência, em momentos antes das crises de amnésia, as discussões violentas de seus pais. O pai bebia e a mãe o repreendia. A paciente identificou nitidamente a sua auto-agressão com a amnésia como processo de fuga a esse ambiente. Tal recurso foi reforçado quando, ao voltar a paciente ao estado normal, encontrava seus pais voltados sobre ela, preocupados, mas unidos. O tratamento exigiu 15 sessões. A paciente foi avaliada e reforçada 13 meses após a alta provisória. Estava, então, curada da amnésia, livre de outros sintomas, com grandes planos para o futuro, estudando, aprendendo com facilidade e conquistara um grande círculo de amigos.

A somatização para doenças físicas é muito freqüente quando um paciente, em seu desenvolvimento psicológico, sofre problemas de desajustamento conjugal dos seus pais. Nesse sentido, relataremos, a seguir, mais um caso clínico, de um paciente jovem, de outro Estado, que nos autorizou o relato de sua história com mais pormenores e que já deu testemunho público, numa palestra, sobre a recuperação total de

sua saúde.

Em fevereiro de 1982, o paciente procurou-nos, trazendo consigo exames que diagnosticavam o mal de Hodgkin, estágio III B. Este paciente, na anamnese, não relatou muitas queixas. Dizia apenas que seus pais discutiam muito, o que o fizera deixar a sua terra e trabalhar na capital. Queixou-se também da medicação que estava tomando em função do seu mal, a “Mostarda Nitrogenada”, que lhe dava mal-estar, vômitos, fraqueza, mantendo-o de cama por dois a quatro dias. Havia ele interrompido esse tratamento, antes de completar a primeira série, alegando ser insuportável o mal-estar desta aplicação. O paciente relatou, ainda, que durante a última aplicação desse medicamento tivera uma persistente alucinação. Via-se duplamente: morto no caixão e seus pais chorando, mas abraçados; e vivo, em pé, gritando pela vida, sem que ninguém o ouvisse. Concluía que o “eu morto” parecia-lhe mais forte. O paciente, em processo retroativo, localizava constantemente os desentendimentos conjugais de seus pais. Percebeu que ele (o paciente) tentava, por diversos meios, acabar com essas brigas. Descobriu que um meio eficaz para atingir seu objetivo era o de chamar a atenção sobre si, através de doenças. Passou a ter febres, gripes, mal-estares, todas as vezes que os pais discutiam. Aos nove anos, o paciente perde um tio querido de câncer. Na mesma época, os pais desentendem-se e passam à violência física. O paciente recorda que pensou em ter também uma doença mais grave, talvez incurável, para com isso evitar permanentemente as desavenças de seus pais. Associou essa idéia ao tio, de quem tem saudades.

Aos 14 anos, após nova discussão violenta de seus pais, o paciente sente ódio, o qual transfere para uma idéia fixa, a de arranjar uma doença muito grave. Admite que possa vir a morrer, mas não se importa.

Já nessa época (1977), em percepção de nível I, o paciente localiza uma mancha cinza num linfonado cervical. A partir daí a programação psíquica estava somatizada, embora a doença física só fosse localizada em maio de 1981, quando se realizou a biópsia exatamente desse linfonado cervical!

O paciente, submetido ao tratamento pelo processo retroativo, reformulou os recursos para unir os seus pais. Percebeu ele que poderia conseguir seu intento sem qualquer necessidade de adoecer.

Pela terapia, trabalhou-se, então, diretamente a eliminação do mal de Hodgkin, estágio por estágio, numa correlação psicológica com o fato de que a causa desta doença já estava eliminada.

Outros aspectos, de nível físico, psíquico e espiritual foram também trabalhados terapeuticamente. O paciente foi despertado para procurar, ainda *sobre o nível I, o seu* sentido de vida, a sua identificação como pessoa útil e importante à humanidade e, finalmente, foi ele conduzido a encontrar o valor positivo e construtivo que havia na experiência do sofrimento que teve.

Terminada a terapia, realizados os testes de avaliação, tendo-se confirmado a nova programação psíquica de cura do paciente, pedi- lhe, então, como teste final, que descrevesse mais uma vez a alucinação do “duplo eu” descrita na anamnese. O paciente hesitou e depois falou: “Não vejo mais o caixão... Vejo-me apenas em pé e forte... e papai e mamãe unidos!” A terapia durou 19 sessões intensivas, encerrando-se em março de 1982. Em abril de 1983, o paciente trouxe-nos exames de laboratório e clínicos, realizados de três em três meses, todos negativos quanto ao mal de Hodgkin. O paciente estava curado de seu mal físico. Aplicara também em seus pais os novos recursos descobertos em nível I, para uni-los, e teve sucesso: em sua casa existe hoje perfeita harmonia entre os seus membros, o pai, a mãe e o filho.

Fizemos novo contato com o paciente e seus parentes, em dezembro de 1983 e em abril de 1984. Tivemos notícias dele no final de 1985 e de 1986. O paciente continua curado e os pais, unidos.

Um outro aspecto que não podemos deixar de mencionar em relação à vida conjugal e à criança são os efeitos de uma infidelidade.

Veja-se o exemplo de um paciente, em reativação da memória inconsciente, no sexto mês de gestação. Fala o paciente: ”Estou com ódio do papai... Ele está mexendo com a empregada.” O paciente teve respiração e pulsação aceleradas. Depois de um instante, pôs-se

a sorrir e continuou, suspirando: “Agora melhorou! A empregada não lhe deu confiança!”

Esse mesmo pai, em muitas ocasiões, teve outras manifestações de infidelidade à mãe do paciente. O menino sentia revolta, mas ao mesmo tempo identificava-se a esse pai, pois todo pai é o modelo natural para a identificação do filho. Mais tarde, já noivo, procurou ele esta clínica. Disse que amava a sua noiva, mas sentia-se sem coragem de casar. Algo o impedia, mas não queria perder a noiva. Sentia-se indeciso e inseguro sob outros aspectos também, com falta de concentração e dificuldade de aprendizagem, com conflitos internos contínuos. Andava “muito nervoso” e fracassado no trabalho. Sentia-se inferior, tímido, com dificuldades de relacionamento. Tinha ardência no estômago e vômitos esporádicos. Gostaria de casar, ter uma família feliz, viver bem com a mulher e filhos, mas achava que não seria capaz, porque *sentia que iria ser infiel,* que iria *destruir* sua felicidade...

Mais tarde, em relaxamento, o paciente repetiu a mesma frase acima e acrescentou r.iais alguns dados que esclarecem ter sido exatamente a infidelidade do pai a principal causa de todos esses seus sofrimentos. Repete o paciente, em nível 1: “Sinto que vou ser infiel... Eu tenho que ser infiel como o papai... e eu vou destruir os meus filhos e minha mulher, como papai nos destruiu a todos, para toda a vida.”

O paciente fez terapia intensiva e evidentemente descondicio- nou todos esses registros, na medida em que foi também despertado para a vivência de seu próprio *eu-pessoal,* que é livre. Mas esse caso clínico, que é um entre centenas de exemplos de traumas resultantes da infidelidade do pai ou da mãe, dá uma noção do sofrimento que tais procedimentos dos pais podem gerar nos filhos; e a identificação simultânea à revolta contra os pais é um dos grandes conflitos que se gera com esse comportamento. Quando o pai é infiel à mãe, o menino sente em si o que já foi exemplificado: a revolta contra o pai pela traição à mãe, como se essa fosse ao mesmo tempo uma traição a ele, ou “à mãe que faz parte do psiquismo dele”. E, ao mesmo tempo, sente o menino a necessidade de identificar-se a esse pai, para não deixar surgir um sentimento de culpa contra o mesmo, dentro de si, por tê-lo rejeitado. Esse conflito é profundamente angustiante, um círculo vicioso sem soluções,

A menina, por outro lado, na infidelidade do pai, sofre com a mãe e transfere sua desconfiança para todos os homens. Dificilmente aceita casamento e, quando casa, é comum martirizar seu marido, numa atitude inconsciente de vingança contra o pai. Na menina *como no menino, um sintoma predominante, em* caso de infidelidade, é a insegurança. A traição do pai é a traição a ela, e significa o desamparo. Uma paciente, por exemplo, quando em nível I estava com cinco anos de idade, expressou assim este sentimento: “Está quente e todos riem de mim, porque não tiro o agasalho velho e rasgado... Estou sempre com ele... A mãe tira-o à noite, mas eu levanto e vou buscá-lo.” Ao aprofundar-se a problema, o paciente explica que seu pai, um dia, colocou-lhe este agasalho nas costas. Quando a paciente percebeu a primeira infi-delidade do pai, teve um tremor de frio apavorante, buscou esse agasalho e, a partir daí, o agasalho passou a simbolizar o pai fiel e amigo em substituição ao pai verdadeiro, que era infiel à mãe e, portanto, infiel a ela.

Nos casos em que a mãe é infiel, acontece o

seguinte: o filho homem cedo passará a desrespeitá-la, tendendo a vingar nas mulheres e em sua futura esposa esta atitude da mãe. A filha sente um conflito de círculo vicioso semelhante ao do menino com a infidelidade do pai. Sofre ela uma angústia profunda e, talvez, pela realidade sociocultural, ainda mais forte que o menino. Sente-se impulsionada a desculpar a mãe e por isso a identificar-se a ela. Deseja fazer o mesmo que ela, ainda que julgue errado o que ela faz, porque, se a condenar, ficará com sentimento de culpa e partirá para a auto-agressão.

Examine-se a gravidade destes conflitos: para filhos de pais infiéis, não é nada fácil conseguir libertar-se desses traumas, a não ser com uma boa ajuda terapêutica. Em tais casos, a tendência natural, quando não acontece uma quebra desta situação, é a transferência repetitiva das conseqüências de conflito e comportamento. Vejamos um exemplo de uma dessas transferências de uma mesma situação conjugal, através de três gerações: regredida aos três anos, a paciente diz: “Mamãe está brigando com papai, dizendo que ele não presta, que é trapalhão, preguiçoso, que não faz nada, que não liga para nós!” Pedindo à paciente que investigasse a situação em nível mais profundo, explicou ela: “O que mamãe diz não é verdade. Mamãe é dominadora. Ela é que o anulou. Ela quer o domínio total e nos afastou dele também... Nós temos medo do papai!... Mas a mamãe é que fez a gente ter medo dele!”

Tecnicamente era agora a vez de tentar fazer a paciente entender a mãe. Falei à paciente: “Vamos ver por que a mãe age desse jeito. Veja de onde veio essa atitude de querer dominar e dizer que papai não presta!”

Responde a paciente: “É, não vem da mãe, não! É da vovó! Ela vivia dizendo que todos os homens não prestam e que a gente tem que ficar forte para dominá-los... A vovó era igualzinha à mamãe!... Eu não a conheci, mas estou vendo!”

Procuramos ver, nesse caso, a infância da vovó — sempre pela reativação da memória inconsciente, que se estende tranqüilamente a três, quatro ou mais

gerações. A vovó foi localizada aos 13 anos de idade, na porta, olhando para um rapaz. A bisavó colocara-a violentamente para dentro de casa, fazendo-lhe um sermão negativo sobre os homens. A paciente lembrou-se da frase final desse discurso da bisavó à sua avó: "Você não está vendo como é o seu pai?! Aprenda de mim como deve se lidar com os homens, para que não tomem conta da gente!" "

Ao que tudo indica, pela maneira de comportar-se já com os seus namorados, essa paciente iria repetir pela quarta vez o comportamento de desconfiança e domínio, cortando, assim, desde o princípio de um casamento, qualquer oportunidade de um bom ajustamento conjugal, mesmo que houvesse sentimento de amor.

Evidentemente, conforme já falamos nos primeiros capítulos deste livro, *ninguém é determinado fatalisticamente* a comportar-se de certa forma só porque recebeu influências negativas do passado e do ambiente. As influências de nossos pais e avós agem, pelo inconsciente, viva e fortemente sobre nós, mas de maneira alguma impedem nossa liberdade de mudar, de corrigir e de reeducar nossa maneira de ser.

III Parte

O TRATAMENTO SOBRE O INCONSCIENT

3.1 EO TRATAMENTO DA CRIANÇA

A **Psicologia do Desenvolvimento descreve a evolução "consciente" da criança.** A **TIP considera a dimensão "inconsciente"...** A **Psicologia evolutiva do "consciente", complementada pela cognição e percepção "inconsciente", permite uma compreensão mais total e verdadeira do psiquismo da criança.**

Ao falarmos no tratamento da criança pelo processo da ADI, tenhamos em mente o que foi lembrado em capítulos anteriores sobre a criança de útero

materno, desde a sua concepção ao nascimento e o desenvolvimento posterior da mesma até a fase da pré-adolescência aos 10, 11 anos de idade.

Na medida em que discorremos sobre esse tema, cremos ter demonstrado, pelos relatos extraídos do próprio inconsciente de pacientes, que a capacidade de percepção da criança — ao contrário do que descreve a Psicologia do Desenvolvimento e até mesmo Piaget, um dos mais brilhantes estudiosos da evolução cognitiva — é completa, desde a formação do ovo humano. Afirma Piaget que, ao iniciar-se a evolução mental, não há ainda uma diferenciação entre o eu e o mundo exterior da criança, entre as impressões vividas e percebidas, e declara que existe, na criança, uma “indissociação primitiva”. Pelos deppimentos colhidos em nossa experiência, vemos, no entanto, que a criança tem uma consciência nítida de seu próprio ser distinto dos pais. Mas pode-se conciliar essa observação com Piaget, pois a criança, por sua grande identificação emocional e afetiva, vive, realmente, uma espécie de *indissociação.* Em termos de indissociação, como já exemplificamos, a criança não pensa “meus pais (lá fora) me rejeitam”, mas sim “eu sou rejeitada”. Da mesma forma, ela vê pai e mãe numa união simbiótica inseparável, o que, aliás, é compreensível, uma vez que sua formação psicofísio- lógica se origina da fusão dos dois. Ainda, como indissociação, aparece a assimilação dos sentimentos físicos e psicológicos dos pais, onde já se percebe a tendência de identificação do menino com o sofrimento do pai, e da menina, com a mãe, embora o mais comum, na fase do útero materno, seja a identificação do menino e da menina com o sofrimento da mãe. Algumas vezes, no entanto, o menino de útero materno pode dizer: “Estou cansado, estou chateado, tenho dor de cabeça, dor de estômago”, e esclarecer, logo que questionado mais a fundo, que estes males vêm de seu pai. Acontece o mesmo com a menina quando fala: “Estou engordando demais” (quinto mês de gestação), explicando, depois de solicitada pela terapeuta, que “é a mãe que está inchando muito”. Mas essa indissociação é psíquica e não se confunde com o *eu-pessoal,* o qual é exatamente o responsável pela segunda resposta explicativa, aquela que desce mais

fundo no I. Pelo seu *eu-pessoal,* a criança sabe que se identificou à mãe e pelo mesmo *eu-pessoal é ela livre para não se identificar,* como o caso já relatado do menino (cap. 2.2), que, apesar da restrição de sua mãe à gravidez, decidiu que *queria existir* e conseguiu. Por isso, durante o processo de terapia, percebe-se, entre os pacientes, *semelhança nos processos psicológicos* e *variedade quanto às decisões e reações do eu-pessoal.*

Essa é a primeira distinção que deve ser feita para entender-se a capacidade de percepção inconsciente que a criança tem desde a concepção. Outro aspecto diferenciado é o desenvolvimento consciente dessa percepção. Nesse sentido e nesse desenvolvimento consciente, a TIP concorda com Piaget. Em outras palavras, como disse tão bem a professora Clara Regina Rappaport no livro "Teorias do Desenvolvimento", os diversos modelos teóricos apresentados sobre o desenvolvimento da criança complementam-se e não se contradizem. Continua a autora dizendo, numa comparação: "Se a Psicanálise não explica o desenvolvimento dos processos cognitivos, Piaget o faz. Se, por sua vez, este não explica o desenvolvimento emocional, a Psicanálise o faz. E o modelo de aprendizagem social traz à luz explicações sobre as implicações dos processos de aprendizagem no desenvolvimento da personalidade." Continuando o seu raciocínio, diríamos que Viktor Frankl aperfeiçoa um pensamento de Piaget, o que diz respeito ao processo de "equilibração progressiva"; diz Piaget que o "desenvolvimento consiste numa passagem constante de um equilíbrio superior para um estado de desequilíbrio" (idem, ibidem) e para uma nova busca de equilíbrio. A idéia da necessidade de busca de equilíbrio é, em Piaget, semelhante ao modelo de Freud ou ao modelo fisiológico da "homeostase". Frankl, apesar de médico neuropsiquiatra, desprende-se desse conceito, esclarecendo que o ser humano, pelo seu nível noológico, não busca o processo de equilíbrio, mas a *autotranscendência.* As tensões têm a função direta de lançar o ser humano na busca constante de algo a realizar e não na busca do equilíbrio passivo. Diz Viktor Frankl: "A autotranscendência marca o fato

antropológico de que a existência humana sempre está indicando algo que não é ela mesma, algo..

.ou um sentido a ser cumprido ou uma existência social que enfrentada. O homem se torna verdadeiramente homem e idênticc si mesmo somente quando se abre... a uma tarefa, quando se esque de si mesmo a serviço de uma causa...” (Frankl, “Fundamcnt Antropológicos”).

Pelo que se pode descobrir com a abordagem direta do incon ciente, a existência do *eu-pessoal* distinto do nível psicológii confirma a teoria sobre o nível noológico de Viktor Frankl. Concc da-se também com esse autor quando se afirma que o nível nool gico não é apenas uma dimensão a mais do ser humano, mas própria dimensão do homem; porque o *eu-pessoal,* em última anál se, decide sobre todos os outros níveis, durante o processo < terapia, sendo ele que permite ou não as reformulações e a subst tuição dos registros negativos por positivos do inconsciente. *eu-pessoal* está sempre em busca de uma realização que o ultrapass na busca de um sentido de vida, pelo processo de humanização. *P* tensões noológicas, portanto, não querem o descanso no equilíbrii nem mesmo se bastam com a auto-realização, mas lançam o homen sem trégua, para além de si mesmo.

Continuando agora as comparações de Rappaport sobre complementação entre os modelos teóricos do desenvolvimento d criança apresentados por Piaget, a Psicanálise e a aprendizagei social, parece-nos importante acrescentar a eles o modelo d Viktor Frankl, embora ele não trate especificamente do desenvo vimento infantil. A todos esses modelos, acrescentem-se as nova descobertas sobre a percepção da criança em nível inconsciente creio que teremos traçado, assim, um fio de linha que une o pontos de teorias diversas para conduzir a uma visão mais abrar gente e mais autêntica do que seja o psiquismo da criança e o se conseqüente desenvolvimento.

De fato, a TIP, embora tendo um corpo de teorias, objetivos técnicas próprias e distintas, não contradiz os conhecimentos desen volvidos por vários estudiosos do psiquismo humano. Pelo contré rio, ao orientar a atenção da Psicologia e da Medicina sobre verificação direta dos conteúdos inconscientes e suas influência sobre a personalidade, comprovando, simultaneamente, a existênci de um *eu-pessoal* e posicionando esse eu como livre, pessoal único, completo, perfeito e responsável, parece que, realmente lançou ela um lastro básico da natureza integral do ser humano, i partir do qual grande parte de outras teorias isoladas podem se melhor compreendidas, assemelhadas ou complementadas entre siE é muito importante que esta complementação aconteça. Não se concebe que até hoje não exista, na Psicologia, um conhecimento comum e uniforme como em outras ciências, não só na Física, na Química, mas até na Antropologia, na Filosofia e na Teologia. É urgente encontrar-se uma definição clara, objetiva e coerente sobre o que é o psiquismo humano e como deve ele ser tratado. Os pais, as crianças, a comunidade, o ensino e o bem comum, todos se debatem em dúvidas atrozes quando precisam escolher entre dezenas de teorias e orientações psicológicas, às vezes diametralmente opostas.

O inter-relacionamento entre a TIP e outras teorias pode ser, resumidamente, assim colocado: a nossa terapia, ao reforçar sobre o nível noológico do paciente (Frankl) o *eu-pessoal* (TIP), para que esse eu, revigorado, reobtenha suas condições originais de coordenar adequadamente o consciente (desenvolvimento cognitivo de Piaget, desenvolvimento de Gesel e Allport) e o inconsciente (Freud, Jung; TIP), conduz o paciente a reformular e a redefinir, também sobre o passado, os elementos de construção de sua personalidade, dando- lhe nova oportunidade para decodificar ou defender o registro, em seu inconsciente, das influências psicológicas recebidas (TIP), das influências ambientais e sociais que sobre ele agiram (aprendizagem social) e, ainda, das

identificações negativas com as gerações anteriores (TIP) ou das heranças de males psicossomáticos (Medicina), que lhe são sugeridas pela memória inconsciente dos seus ancestrais (Jung, TIP). A TIP atinge, assim, o ser humano globalmente e em todas as suas dimensões (Antropologia Filosófica), fazendo isso a partir do seu método específico: a abordagem direta e metódica do inconsciente (ADI).

Pareceu-nos importante tecer essas considerações antes de falar diretamente sobre o processo de tratamento da criança, dos resultados deste tratamento e de orientações para pais a partir deste tratamento. E que, com essas preliminares, torna-se mais fácil entender racionalmente certas afirmações, tais como as de que as crianças realmente têm uma percepção cognitiva não limitada a partir da concepção, embora em nível inconsciente. Ainda que a constatação dessa capacidade da criança seja inédita para o estudo tradicional da Psicologia, seudo ela do inconsciente, *pertence* à área da *Psicologia.* O que pode ser estranhado é a nova forma de abordagem do inconsciente, e, conseqüentemente, a nova linguagem, o novo enfoque do ser humano. Mas é preciso lembrar que isso acontece porque a Psicologia convencional, embora considere que o inconsciente foi descoberto por Freud, na realidade nunca havia antes *trabalhado diretamente* com esse inconsciente.

Em função da abordagem direta do inconsciente, também outros aspectos da terapia são diferentes do processo convencional. Ao falar-se, por exemplo, do desenvolvimento e dos problemas da criança, apresentam-se aqui dados e informações colhidos com o tratamento direto de adultos, ou seja: através do processo ADI, como o adulto é conduzido a idades pregressas, quando falamos aqui sobre os “depoimentos das crianças”, referimo-nos a adultos que, através da reativação da memória inconsciente, revivem sua infância, conforme os registros emocionais mais profundos dessa fase.

E é com essas considerações que retornamos ao tema inicialmente proposto neste capítulo.

Dizíamos que a criança, logo ao nascer, ainda

reage psicosso- maticamente em função da vivência afetivo-emocional que experimentou no útero materno. Tem ela, às vezes, dificuldades de des- condicionar experiências negativas, ainda que, após o nascimento, as condições se modifiquem. Se, por exemplo, pai ou mãe esperavam por uma criança de outro sexo, essa criança durante toda a fase de gestação sofreu e, durante o progresso da terapia, verbalizou esse sofrimento. A criança não só sofreu, mas tendeu a ajustar-se “contra sua própria vontade” ao desejo dos pais, para não decepcioná-los. Nesse ajustamento geralmente a criança não chega a atuar sobre o próprio físico, embora isso aconteça, mas age quase sempre sobre o psiquismo. E temos aí a semente mais forte dos casos de homosse- xualismo ou lesbianismo: a criança fisicamente masculina e de psiquismo feminino, ou vice-versa.

Como os pais contornarão esse problema, se isso aconteceu?! Os pais, principalmente a mãe, têm uma ligação inconsciente muito mais vasta e profunda sobre a criança. Com essa força, pode ela trabalhar para recondicionar, para substituir os registros conflitivos lançados no inconsciente da criança durante a gestação. Da mesma forma como, pelo processo de tratamento, dá-se ao paciente nova oportunidade de redecidir sobre seu passado e as influências recebidas, podem os pais reforçar junto à criança a idéia de que papai e mamãe, após o nascimento, a aceitaram inteiramente. A mãe pode fazer isso quando a criança se encontra no seu colo, quando se comunicar com ela pelo olhar, quando está prestes a dormir, ou mesmo durante o sono, no momento em que a mãe atinge mais fortemente o inconsciente da criança.

A mensagem deve ser de muita sinceridade, de modo a que surta efeito. A criança não precisa das palavras, ela entende o pensamento e o sentimento, ela compreende, vê e ouve o “coração” dos pais. O adulto é que precisa da linguagem verbal para expres- sar-se. Quando a usa, consegue dizer melhor o que sente. Por isso, é bom que a mãe fale com muito amor, ternura e convicção. Para a menina, cuja identificação sexual foi perturbada, deve ela falar,

primeiramente, sobre a sua total aceitação. Deve dizer-lhe que “mamãe e papai pensavam num menino, enquanto não a conheciam, mas que mudaram de opinião logo que a viram”. Devem falar sobre o seu ser, dizer-lhe que é bonita, dizer que está trazendo encantamento e doçura ao pai, dizer que será companheira da mamãe, dizer que é bom ser mulher e por que é bom. Para o menino, com o mesmo problema de origem desde a gestação, o pai pode dizer que tem orgulho dele, que ele é a continuidade dele próprio, que será companheiro dele. Também a mãe deve manifestar seu agrado. Esse trabalho de atuação dos pais convém ser feito intensamente no primeiro ano de vida, mas sem tensão, naturalmente, seguramente, carinhosamente.

Quando a criança foi rejeitada irrestritamente, independentemente da idéia de vir ela a ser homem ou mulher, quando os pais simplesmente não queriam um filho, estarão lidando, provavelmente, depois, com uma criança que chora muito, que tem alergias, bronquite ou asma, que apresenta cólicas muito intensas, que por vezes rejeita a alimentação, etc. O procedimento dos pais, nesses casos, deve ser o de procurarem, em diálogo um com outro, relembrar quais foram os motivos dessa rejeição e de que forma ela se manifestou. Às vezes foi apenas circunstancial, por problemas financeiros, ou por falta de previsão e abertura para uma gravidez, por medo do parto, por ter sido imprópria a época, etc. Mas a criança, em seu mundo que se centra no “amar e ser amado”, não faz tais diferenças. Ela quer sempre a aceitação total.

Para corrigir essa situação, os pais podem usar de procedimento semelhante ao descrito anteriormente. Com a criança nos braços ou quase dormindo, expliquem a ela que a rejeição não foi contra a pessoa dela e que agora ela é bem-vinda, que os pais a querem muito, que querem vê-la saudável e feliz. Se, após um ano, os pais perceberem que a criança ainda tem manifestações psicossomáticas típicas de rejeição, nesse caso convém que a mãe faça o tratamento pela ADI, pois ela tem uma força inconsciente inimaginável

para tratar da criança (veja capítulo 4.3).

É importante observar que, para curar uma atitude de rejeição da criança de gestação, não basta dizer a ela "papai te ama" ou "mamãe te ama". A criança precisa do "triângulo do amor". Ela quer sentir que "mamãe ama papai, papai ama mamãe e os dois me amam".

E passamos assim à importância da vida conjugal para a criança. A desunião entre os pais pode manifestar-se na criança em forma de surdez psicológica (por não querer ouvir suas discussões), de dificuldades de fala, de problemas de coordenação motora, dificuldade no andar, retraimento, timidez, tiques e outros sintomas, inclusive os já mencionados. A solução básica é sempre a mesma: trabalhar-se a união conjugal dos pais. E esse reajustamento, em princípio, é sempre possível (veja o capítulo sobre o reajustamento conjugal).

Certa vez, uma paciente quis contestar a importância da uniSo conjugal dos pais para o filho. Veio ela a nós, após um prolongado tratamento psicológico onde aprendera a conhecer, entre outros aspectos, a teoria do complexo de Édipo. Explicou a paciente que concordava mais com aquela teoria, pois seu filho costumava sentar-se entre ela e o marido para separar os dois e que retirava o seu braço do ombro do marido.

Esclarecemos que a nossa experiência não negava a existência de comportamentos interpretados como complexo de Édipo, mas que só os encontrava em algumas poucas situações de desequilíbrio psíquico e que, mesmo nessas situações, as causas desses problemas eram diversas, nem sempre como as compreendera Freud. Dirigindo-nos à paciente, explicamos-lhe que, no seu caso, era possível que ela, a mãe, em algum momento, tivesse dado a entender que o menino era uma substituição do pai, ou seja, que não poderia haver amor "pelos dois", marido e filho, mas que um "substituiria" o outro. A mãe, surpresa, confirmou: "De fato! Logo que ele nasceu e por quase um ano, eu falava ao meu marido que já não precisava mais dele e dizia ao meu filho que ele me bastava. Minha maneira de falar ao filho era: 'Mamãe

não precisa de dois amores! Basta-me você!’” Ora, evidentemente, quando a mãe começou a reconciliar-se com o marido, após um “Encontro Conjugal” promovido por sua paróquia, valia para o menino a mesma frase: “Mamãe não precisa de dois amores!... Só que agora o rejeitado sou eu!” O filho, portanto, n,ão se encontrava num processo de “desejar” sua mãe (Freud), mas estava apenas lutando para não ser rejeitado pela mãe, para quem bastava “um amor”. É preciso cuidado, portanto, com interpretações genéricas. Principalmente quando estas interpretações conduzem a uma aceitação passiva de certos comportamentos, *como* se fossem normais de toda criança. Aliás, o inverso também é freqüente acontecer e igualmente negativo: a interpretação de anormalidades ou desequilíbrios onde os comportamentos manifestados são normais. A “interpretação psicológica” sempre se expõe a esses riscos. Por isso, em caso de dúvida, a abordagem direta do inconsciente é aconselhável, pois dispensa a interpretação ao conduzir a própria mãe ao encontro com a causa, a qual é *verificada* e viven- ciada emocionalmente por essa paciente, não deixando margem para erro.

Os problemas de rejeição “direta” da criança ou “indireta” (da criança, por causa da rejeição dos pais entre si) resumem a etiologia básica da maioria das síndromes psíquicas e psicossomáticas da criança. Os procedimentos indicados podem resolver essas questões em grande parte dos casos. Para dar coragem às mães que tentarão esse processo, quero lembrar o seguinte episódio: uma mãe que rejeitara a gravidez teve, por causa disso, o nascimento prematuro de seu filho. Essa criança, mantida na incubadeira, não reagia à medicação e definhava. Ao médico, que veio ver a criança pela manhã no quarto dia de seu nascimento, pediu-se a autorização para que a mãe pudesse tirar a filha da incubadeira, uma vez que já fora desenganada pela Medicina. Obtendo o consentimento, a mãe abraçou a criança e, chorando, segurava-a desesperadamente junto ao coração, dizendo-lhe o quanto a queria. Já à noite desse primeiro dia, a criança começou a reagir e hoje ela

vive saudável.

Veremos agora, ligeiramente, como agir diante de outros problemas que podem surgir na infância. Compare-se a seqüência dos assuntos com o capítulo "A infância" (2.5).

Os vômitos e as cólicas, especialmente do período de amamentação, podem ser, em muito, diminuídos, se a mãe reservar para si uns cinco minutos antes deste momento. Deve fazer um relaxamento e uma concentração carinhosa sobre a criança. Deve isolar-se durante a amamentação do meio ambiente, não só física mas também psiquicamente, mantendo uma conversa calma com seu filho e acariciando-o. É que os vômitos e as cólicas têm-se manifestado, na terapia, como reclamação desse "direito". Caso esses sintomas aparecerem mais tarde com a criança de mais idade, de 3, 4, 5, 6 anos, é preciso ver o que está levando a criança à auto-rejeição ou por que está ela querendo chamar a atenção sobre si. É bom observar o que aconteceu imediatamente antes do vômito ou da cólica. Mesmo que se venha a procurar uma ajuda do médico ou psicólogo, •lltl dados serão importantes para o especialista. Cuide-se também para não comentar muito sobre o fato. A criança é imensamente sensível à atenção, gosta de ser o centro das preocupações. E assim se poderia, sem querer, reforçar as manifestações doentias.

Levando-se em conta esse último aspecto, da necessidade de atenção, funciona melhor a tática inversa. Em casos de agressividade, de "birra", de preguiça, por exemplo, além de procurar-se verificar o que a criança está querendo expressar, pelos meios que já explicamos, pode-se esperar uma oportunidade para transformar o defeito em qualidade.

Certa mãe, cujo filho tendia a destruir tudo que lhe caía nas mãos pediu ao filho que "consertasse" um objeto, pois, como ele estava sempre a "estudar os objetos por dentro", deveria ter muito jeito para "consertar as coisas". E o menino, então com 10 anos de idade, adquiriu uma caixa de ferramentas e inverteu positivamente seu comportamento.

A atitude crítica da mãe é muito prejudicial,

isto é, principalmente quando a mãe gosta de comentar que seu filho é “impossível”, que “não pára quieto”, que “mexe em tudo”, etc. Ora, para o filho, tais comentários servem sempre de sugestão e reforço à sua sede de atenção, não importanto que os comentários sejam negativos ou positivos. E assim, muitas vezes, a própria mãe condiciona o filho a ser o que ela diz que ele é.

Vale isso também para as xingações ao filho, quando os pais o chamam de “feio”, de “burro”, de “desastrado”. Em nossa experiência, muitos são os meninos que deixaram de estudar ou de acreditar em si porque papai e mamãe diziam que eram “burros”, ou “que não prestavam para nada”. Tais meninos bloqueavam sua capacidade de aprendizagem por causa do processo de heterossuges- tão negativa dos pais.

A terapia que conduz o paciente a reencontrar seu eu original (pela RMI) desbloqueia novamente essa sugestão e resolve o problema de aprendizagem.

Problemas surgem também quando os pais dizem aos seus filhos que já não os querem ou não os amam, porque fizeram algo de errado, Essa confusão entre “rejeitar a criança como pessoa” ou os seus “atos” é sempre imperdoável. Deve ficar bem claro que os pais “não gostam do que a criança fez, mas gostam da criança em si, em qualquer circunstância”.

Não importa que os pais sejam firmes em termos de corrigir os filhos. Ao contrário, isto é indispensável. A própria criança cobra os limites de seu “reino”, de seus direitos. O ser humano, mesmo a criança, precisa do equilíbrio entre os direitos e deveres. Se têm mais direitos que deveres, os quais na infância se ligam mais à obediência, essas crianças experimentarão, muito cedo, os sentimentos de culpa e *autopunição, ficando* insatisfeitas e agressivas. Uma mãe disse à sua filha de quatro anos que, caso ela repetisse determinado comportamento, “levaria uma surra”. No dia seguinte, a menina dirigiu-se esgueiradamente à mãe, falando- lhe ao ouvido: “Mamãe! A senhora não disse que se eu fizesse ‘isso’ me bateria?... Pois é: eu fiz!” A mãe perturbou-se porque já não se sentia disposta a

bater. Procurou com a menina uma solução alternativa. E a menina escolheu o castigo de ficar sem assistir à TV durante uma semana na hora de seu programa favorito. Além disso, ela mesma desligava a TV nessa hora, cumprindo e controlando seu castigo espontaneamente durante aquela semana. Sem dúvida, a criança suporta melhor o castigo que o sentimento de culpa.

A enurese, ou seja, a criança que urina na cama durante a noite, quando já poderia ter aprendido esse controle, manifesta, quase sempre, o sintoma do que já chamamos de “rejeição direta ou indireta”. O procedimento com esta criança é semelhante ao já descrito, de se criar a segurança afetivo-emocional, dizendo à criança que papai e mamãe se amam, apesar de discutirem, e que ela é amada por ambos, mesmo que os pais, às vezes, não saibam expressar adequadamente esse amor.

A enurese pode surgir ainda por ciúmes dos irmãos. Muitas vezes os pais manifestam preferências por um ou outro filho. Alguns pais até distribuem os filhos, dizendo que os meninos são do papai e as meninas, da mamãe. Ficam as meninas sentindo-se rejeitadas pelo pai e com ciúmes dos irmãos e irmãs. Outras vezes, comparam-se os irmãos, dizendo-se a um que seja como o outro, e o primeiro sente ciúme porque não é aceito em sua própria individualidade. Em qualquer circunstância, o ciúme constante entre irmãos não é natural, mas provocado pelos pais, pela diferenciação da valorização ou de afeto demonstrada a um ou outro dos filhos, ou pela rejeição ao filho na fase da gestação. *É* sempre sinal de insegurança afetiva.

Ciúmes surgem também, com manifestações por vezes violentas, quando nasce um novo irmão e o outro não é preparado para o acontecimento. Nos depoimentos de nível inconsciente, as queixas mencionam frases como estas: “Mamãe já não tem mais tempo para mim!... O neném vai ocupar a minha caminha, o meu travesseiro”, etc. Essa situação não é difícil de se contornar. Na terapia sobre o inconsciente, em primeiro lugar, explica-se à criança ciumenta que o “estar ocupando”

a mamãe não significa que ela ame mais o neném. Inverte-se a situação. Fala-se que a criança recém-nascida está dando muito trabalho para a mamãe e que a mãe bem que gostaria de poder ficar um pouco mais de tempo com a maiorzinha, que já não dá mais trabalho. Sugere-se à criança que vá ajudar a sua mãe, pois assim ela será sua “companheira”, tornando-se útil e importante. Com essa atitude, quebra-se a “concorrência” da outra criança com o neném, pois ela se situa noutro plano, e evita-se o conhecido fenômeno da regressão no comportamento da criança mais velha. Além disto, o sentir-se útil, vendo no neném alguém a quem pode ajudar, desenvolve na criança a substituição gradativa do “autocentrismo” pela “autotranscendência” (Frankl).

Muitos são os problemas mais graves que podem surgir quando os pais se descuidam do aspecto cie preparar a criança para a vinda de um irmão. Uma paciente de 21 anos queixava-se de sempre sentir-se diferente dos irmãos. Parecia-lhe que não era filha dos seus pais e por isso os agredia. Quando criança, havia ela sido entregue aos avós com um ano de idade, logo que a mãe engravidara de outra criança. O problema sofrido manifestou-se de forma simbólica durante a terapia. Ao pedir-lhe o psicólogo na RMI que ela descesse uma escada de 20 degraus, a paciente não conseguia descer degrau por degrau, em toda escada. Do sexto degrau pulava para o primeiro. Via um “vão”, um vazio na escada, nesse trecho. O vazio dos degraus correspondia ao tempo que a paciente ficou com a avó. Colocada em nível de inconsciente, expressou o que sentia durante todos os cinco anos na casa de sua avó: “Mamãe me trocou pelo neném. Por quê?! Se pensava que não daria conta de dois filhos, por que foi a mim que mandou embora?!” Uma simples explicação sobre o mesmo nível não somente a curou do sentimento de rejeição como a reconciliou com a mãe e quebrou o ciúme doentio dela por seus irmãos. Perguntei-lhe: “Por que motivo acha você que seus pais a confiaram à vovó? Não foi porque sabiam que ela gostava muito de você?! E não foi porque vovó era menos pobre, podendo dar-lhe mais conforto?!” A paciente confirmava nossas

observações. Continuando o raciocínio, a paciente compreendeu que os pais sofreram com a separação dela, mas agiram assim para garantir sua sobrevivência. E o registro emocional de “rejeição” acabou sendo substituído por “ato heróico” dos pais, por um genuíno ato de amor, o que realmente foi.

Uma idade que dificilmente deixa de aparecer no processo retroativo são os sete anos: *o início do período escolar.* A criança sente-se inibida diante de tantos colegas. Tem medo de não ser aceita, teme o professor. Uma maneira simples mas eficiente de ajudar a criança tem sido a de mostrar-lhe que todos os seus colegas estão tímidos como ela e todos estão ansiosos para que alguém se aproxime deles e “quebre o gelo”. Quando a paciente confirma essa situação, sugere-se que ela “assuma a liderança”, indo ao encontro dos outros. Isso pode ser dito a toda criança, não só na terapia. Levar a enfrentar, a reagir e assumir, é sempre uma grande “dica” psicológica para vencer bloqueios.

De maneira semelhante, pode-se resolver o problema quando os pais cometem *injustiças* com os seus filhos. Certa paciente queixou-se, aos seis anos de idade, dizendo: “Minha mãe me bateu porque quebrei uma xícara, de raiva... mas foi ela que me ensinou... Um dia, quando zangou-se com papai, atirou todo o jogo de louças contra a parede!” Sugeri à paciente que, colocando-se diante do inconsciente da mãe, experimentasse a forma de evitar que a mãe lhe batesse. A paciente respondeu: “Eu deveria ter falado com ela no dia em que atirou o jogo de louças contra a parede. Eu deveria ter dito: mamãe, a senhora está me ensinando como eu devo fazer quando casar! ” Pedi à paciente que revivesse a cena do quebra-quebra e experimentasse falar à mãe (Realidade Potencial ou RPI). A paciente sorriu e respondeu: “Mamãe se assustou com o que eu falei e parou com a quebra da louça na mesma hora!” Daí, a orientação que costumo derivar para o paciente é a de dizer-lhe: “Lembre-se de que seus pais o amam e por isso impressionam-se com as verdades que você lhes diz.” *Não são só os pais que educam os filhos, também os filhos educam os pais.*

O *lazer* e o *brinquedo* devem ser compreendidos

como necessários ao desenvolvimento psicomotor, ao despertar da criatividade e da aprendizagem em geral. É por este meio que a criança expande também sua energia. Quanto menos “prontos” os brinquedos, mais forçam a criança a desabrochar. O esporte, além disso, ajuda a criança a descarregar, através do físico, as suas muitas cargas emocionais que se acumulam sobre o inconsciente. Nada impede que aos brinquedos e jogos sejam associadas pequenas responsabilidades, ordens e disciplinas. Melhor ainda se sua criatividade for orientada no sentido da “utilidade”, como, por exemplo, fazer ou consertar brinquedos para dá-los aos pobres.

A necessidade de *respeito* à criança, creio, se faz entender ao longo de todo este trabalho. Disse-me uma mãe: “Antes de saber o que cada um de nós consegue vivenciar desde a concepção, uma criança de berço e de colo era para mim um boneco vivo, bom para distrair uma família e trazer momentos de ternura. Hoje, quando olho para uma criança, lembro que, dentro de 20 anos, ela ainda será capaz de lembrar este encontro e os pensamentos que tive perto dela! Isto muda muito as coisas! Isto cria respeito. E eu me assusto quando penso que meus netos e bisnetos vão poder julgar-me no mais íntimo dos meus sentimentos, quando eu já nem existir! Hoje eu trato as crianças de maneira muito diferente. Procuro penetrar pelo seu olhar e senti-las como pessoas, com seriedade!”

brincadeiras sexuais entre amiguinhos e primos e as experiências de homossexualismo acontecem bastante na fase infantil. Para verificar até que ponto a criança percebe uma falta moral, perguntamos-lhe, seguidamente, se contou à mamãe o que fez. Geralmente responde ela: “Não, porque tenho vergonha!”, ou: “Mamãe não pode saber, pois acharia ruim!” Muitas vezes as crianças não tiveram qualquer orientação anterior, mas sentem que não procederam bem. Costumamos dar uma explicação tranqüila, em linguagem infantil, sobre o sentido do sexo e até do prazer sexual. Explicamos que sempre sentimos prazer quando realizamos algo de bom, mas que temos sentimentos de culpa quando gozamos de um prazer que achamos não merecer. Esclarecemos que o prazer sexual

foi criado não para ser buscado diretamente, mas para complementar o amor conjugal. O amor sexual é uma compensação pelos sacrifícios, as lutas e penas que os pais enfrentam todo o dia pela família. Numa linguagem simples, explicamos que o prazer sexual é sempre um “efeito” (Frankl), é uma “resposta” da doação mútua de um casal; esclarecemos que o prazer é naturalmente orientado para uma união que frutifica, seja nos filhos que vêm e que encontram um lar bem constituído, seja para outros valores naturais desse ato; que o prazer sexual está intimamente ligado à responsabilidade que o casal assumiu, um para com o outro, para com a família, para com o bem comum e para com Deus. Fora disso, o prazer é frustrativo, não é plenamente usufruído e trará certos vícios que vão prejudicar uma futura vida sexual a dois. Continuamos explicando que entre as crianças não existem as condições de uma vida conjugal, por isso a vergonha, o sentimento de culpa, a sensação natural de ter feito algo de errado... E a própria natureza, integral, reclamando a inversão de valores; é isso que faz não se sentir bem com as brincadeiras mencionadas... Finalmente tomamos a colocar o paciente mais uma vez na situação em que houve a brincadeira sexual, para que ele possa tornar a fazer mais conscientemente uma nova opção. Então a *realidade potencial* do inconsciente substituirá o real acontecido, e o paciente que *não tinha pleno conhecimento, nem consentimento,* agora, diante de sua reformulação, é convidado a eliminar seus sentimentos de culpa e de autopunição.

Essa conduta pode ser aplicada, quase que integralmente, também sobre o consciente, na educação. Embora, evidentemente, o processo sobre o consciente seja sempre mais lento, em termos de assimilação e compreensão, que sobre o inconsciente, onde o paciente assume o jogo da verdade, de acordo com a constituição intrínseca do ser humano e de seu bem maior.

Em relação à *masturbação,* orienta-se também sobre o sentido genérico do sexo e do prazer que existe para a complementação de *duas pessoas,* e não para o

prazer isolado. Lembra-se que o prazer isolado gera um vício que conduz a dificuldades futuras desse prazer a dois. Explica-se que o impulso sexual é forte, mas que a pessoa é mais forte que seus instintos. Digo que se sentirão bem na medida em que se surpreenderem sendo capazes de exercer o domínio sobre o próprio corpo. Domínio e controle, por um valor maior, que faz crescer "como gente", o que é muito diferente da "repressão" lembrada por Freud.

A *superproteção* já foi explicada em relação aos seus efeitos no capítulo sobre a infância. Ela geralmente projeta um psiquismo muito necessitado de tratamento, seja do pai ou seja da mãe super-protetores. Há sempre "vantagens secundárias" para que os pais prendam os filhos à dependência deles, e dificilmente conseguem os filhos romper esse círculo sozinhos.

Finalmente, devemos lembrar aqui o *fenômeno religioso* que, segundo os antropólogos mais conhecidos, é inerente ao homem. Na criança, a sede de Deus e a confiança n'Ele é natural e espontânea, pois a criança vive o inconsciente mais que o consciente, e no inconsciente Deus é sentido como pai de amor. Se além disso for estimulada a procura de Cristo como irmão e amigo, e se essa fé é testemunhada pelos pais, a criança, por esse meio, supera muitos traumas, muita insegurança e até a falha dos pais. Vale a pena estimular a fé também em função do equilíbrio psicossomático da criança.

Concluindo, queremos esclarecer que as condutas aqui apresentadas são apenas algumas das respostas que, a partir da experiência da terapia sobre o inconsciente, podem ser derivadas para a educação consciente. Na Psicologia, cada novo caso a ser tratado é sempre uma *pessoa* diferente que, mais do que técnicas, exige do terapeuta a maleabilidade, a criatividade, o sentir "com" sem sentir "como", a compreensão profunda de seu todo único, o amor-doação.

3.2 **O TRATAMENTO DO ADOLESCENTE**

O adolescente, assim como o jovem, é por natureza idealista e deseja um mundo melhor. Mas é preciso dar-lhe oportunidade de agir e uma sólida formação. Deve-se compreender e diferenciar em sua personalidade típica o que é “normal” daquilo que é “influência do passado” e do que é “livre opção”...

Ao falar sobre a nossa prática terapêutica com o adolescente, temos por objetivo descrever algumas condutas que nos parecem ser úteis também para um melhor relacionamento com o mesmo, no dia-a-dia.

Inicialmente, é preciso lembrar que o adolescente expressa três tipos de influências sobre sua personalidade, através do comportamento que manifesta: as *características normais* de mudanças psi- coemocionais e fisiológicas do adolescente e de interação com o seu ambiente; as *influências do passado* da construção de sua própria personalidade, desde o útero materno, pela atuação consciente e inconsciente de seus pais sobre ele, onde, por sua vez, projetam-se também as influências das gerações dos ancestrais; finalmente, existe a influência da *atitude livre e responsável do eu-pessoal* deste adolescente, que a partir desta fase inicia suas opções cada vez mais conscientes de ser humano e de *pessoa.*

Quando o adolescente toma-se um paciente, seja porque procura a terapia nesta idade, seja porque a mãe pede orientação sobre ele ou porque, pela RMI, um paciente adulto é conduzido a esta fase, é sempre importante procurar fazer a distinção clara destas três influências, para responder adequadamente, na terapia. Sem esta distinção, pode o terapeuta errar pela base. Veja-se o caso de uma mãe que procurou a terapia com a intenção de, pelo seu próprio tratamento, aprender a orientar seus dois filhos adolescentes. Queixava-se ela de que a filha era “normal, inteligente, mas desorientada”, principalmente em termos morais, pois comportava-se

de acordo com a “moderna filosofia da liberdade sexual”. Quanto ao seu filho, dizia a paciente que era um “doente”, pois tinha comportamentos homossexuais. De acordo com esse julgamento discriminatório de “mau procedimento” para um e de “doente” para o outro, essa mãe naturalmente tratava a moça com severidade e repreensão e o rapaz, com docilidade, carinho e superproteção. Seria o caso de perguntar-se a esta mãe como agiria ela com a sua menina se, em vez de “desorientada”, fosse lésbica. Passaria a mãe a considerá-la também “doente”?

Nos casos acima, podemos encontrar vários problemas psicológicos ligados aos comportamentos não-aceitos dos filhos desta paciente. Quanto ao menino, é possível que na fase do útero materno a mãe, o pai, ou ambos, desejaram uma menina e não um menino. Pode ter havido, após o nascimento, uma educação igualada às meninas, ou, ainda, um convívio quase que exclusivo desse menino com meninas. É possível que o menino tenha sido convidado por outros meninos para experiências homossexuais, tornando-se viciado, desviando o rumo das sensações de prazer sexual. Em muitos casos semelhantes, encontra-se a mãe isolando psiquicamente o pai como figura de identificação do filho, dizendo-lhe coisas negativas desse pai ou anulando-o em sua função familiar. Assim, o filho, na falta do modelo masculino, quer assemelhar-se à mãe. Também uma atitude de superproteção pode gerar tais problemas.

Essas são causas psicológicas mais comuns encontradas em nossa experiência sobre o nível profundo do inconsciente para os casos de homossexualismo. Deve-se considerar, porém, que *existem muitos pacientes que tiveram todos esses problemas* e que, mesmo assim, *não assumiram comportamentos de homossexualismo ou les- bianismo.* Vê-se, portanto, que os problemas psicológicos em si *não obrigam* as pessoas a se comportarem de determinada forma.

Pelo processo da ADI, ao mesmo tempo em que afloram e são trabalhados os problemas psicológicos, aparecem também e, espontaneamente, as situações

sexuais e as condições que conduziram um paciente ao homossexualismo. Estas condições surgem como "traumas", mesmo que o paciente, na anamnese, tenha racionalizado sua conduta, aceitando-a como normal. Assim, sobre o nível I, o paciente não se sente bem e, ao perceber que tem oportunidade, esforça-se por reformular tais acontecimentos do passado. O esforço consiste em assumir uma nova atitude em face das circunstâncias negativas que ele agora revive, no passado. Assim, o menino adolescente ou pré-adolescente vê-se novamente diante daquele rapaz que o induziu ao homossexualismo, mas desta vez ele o rejeita com firmeza e o despreza. Enquanto a decisão interior do paciente não for realmente firme, ele perceberá o rapaz retornando à cena. Mas quando este paciente conseguiu afastá-lo, teve também uma vitória primeira sobre seu problema. A reformulação sucessiva destas cenas e a substituição pela aproximação agradável do sexo oposto descondi- cionam gradativamente os comportamentos de desvio sexual. Observa-se, no entanto, que a remoção do problema evidencia claramente a intervenção firme da vontade livre do *eu-pessoal* dessa pessoa.

Nesse caso, a conduta da TIP se diferencia dos processos terapêuticos da reflexologia ou psicologia comportamental. O paciente não é conduzido a uma aversão de reações psicofisiológicas contra o mesmo sexo, mas a uma nova tomada de posição, nova escolha e opção livres, percebendo-se, não como vítima, mas como autor de seus comportamentos. Isso feito sobre o nível I é força de recondicionamento.

A aproximação agradável ao sexo oposto também não é conduzida através da imaginação sexual, mas em termos de complemen- tação pessoal, uma vez que toda atração sexual é naturalmente conseqüente. Essas condutas esclarecem que não se considera a cura do homossexualismo em si o suficiente, mas deseja-se conduzir o paciente a uma compreensão mais autêntica da sexualidade humana, a qual existe em nosso ser, não para a satisfação direta, como no animal, mas em função de um fim autotranscendente, tal qual todas as outras realidades psicofísicas.

Voltando agora ao exemplo dos pacientes acima mencionados, na terapia, devem eles ser levados a compreender a diferença entre as três influências que estão agindo simultaneamente sobre seu problema. E preciso fazê-los compreender que os problemas psicológicos podem ser responsabilizados por certos sentimentos, reações, angústias e preferências internas. Mas é a opção e a decisão livres que conduzem ao comportamento homossexual ou às intimidades sexuais inconseqüentes e irresponsáveis, como era o caso da filha da paciente. Esta capacidade de opção livre e responsável é suficientemente forte para permitir a vitória pessoal sobre as influências psicológicas. E ela coordenada pelo *eu-pessoal* ou caráter, conforme descrevemos demoradamente no capítulo da dimensão antropológica do ser humano. Não pode o caráter ser confundido com problemas psicológicos, embora, sem dúvida, haja uma interação entre essas duas realidades humanas.

No tratamento sobre o nível inconsciente, o paciente percebe claramente todas essas verdades, assim como também conscientiza, sobre o mesmo nível, a danosas conseqüências internas e externas para ele, caso decida, livremente, por continuar no comportamento antigo. Mas se acontecer a opção que o conduza a mudanças, vem ela acompanhada de uma compreensão profunda da natureza humana integral e, por isso, geralmente também é com coragem, decisão e convicção que o paciente muda suas atitudes, encontrando sua cura.

Evidentemente um trabalho sobre o consciente, nesse sentido, é mais lento. Mas o jovem é, por natureza, idealista, entusiasma-se com facilidade diante da meta de construir um mundo mais sadio e equilibrado, mesmo que este mundo seja apenas o de seu corpo e de suas relações. Em quinze anos, durante os quais nos dedicamos intensamente à orientação sexual dos jovens, particularmente e em grupos, observamos muita força de decisão nobre, muita coragem e até heroísmo, entre os jovens, no campo sexual. O jovem quer acertar, quer ser autêntico e verdadeiro, o que é de índole de todo o ser humano,

mas o é de uma maneira mais marcante na juventude. Ele não tem medo, nem escrúpulos para novas opções e mudanças. Mas é preciso que seja levado a elas pela convicção, pelo testemunho e em termos de *ideal.*

Como já comentamos, parece-nos que o ideal é o maior dom natural da juventude. Os adultos é que teimam em transmitir valores em forma de ordens e tradição. Não se desmerece a tradição, mas aos jovens deve ela ser levada na linha de uma lógica racional, visando a maior utilidade de seu próprio bem-estar e visando ao bem do outro e ao bem comum. É sempre possível encontrar argumentos nessa linha. A verdade que diz respeito ao ser humano integral é um valor estável que pode ser comprovado, partindo-se de ângulos os mais diversos. Existem muitos bons livros atuais que podem auxiliar os pais e o próprio adolescente ou jovem na busca dessas argumentações (Mohana, Padre Zezi- nho, Viktor Frankl, João Batista Megale).

Outras características normais da adolescência já apontadas no capítulo correspondente a este são a auto-afirmação, a ambivalência, a insegurança. Se o adolescente tiver sido acostumado na infância a dialogar com os seus pais, bastam agora atitudes de bom senso e uma boa dosagem de paciência. Lembramos anteriormente o caso da menina que mandou os pais se afastarem em sua festa dos 15 anos e depois sentiu falta deles. Uma maneira de se ter contornado essa questão seria a de os pais terem dito, antes de se afastarem para o quarto: “Na hora que você precisar da gente, pode chamar.” Foi mais ou menos com essa conduta que contornamos o problema sobre o nível do inconsciente. Falei à menina: “... Você acha que *precisa* sentir-se só? Você não sabe que seus pais, apesar daquelas coisas que você não gosta neles, são os seus melhores amigos e quem mais quer você feliz? Por que esse orgulho? Experimente chamá-los e contar o que você está sentindo! Veja como eles reagem ao seu chamado...” Após alguns minutos a paciente sorriu e disse: “Está tudo bem! Mamãe me abraçou dizendo que não ficasse aflita, que os jovens não sâo muito de observar horário, mas já vêm!” Essas respostas, a pa-

ciente tirou de seu inconsciente e elas correspondem ao que poderia ter acontecido (potencialidade). Mas por que não aconteceu, realmente, aos 15 anos? Apenas porque os pais não contaram com a ambivalência, os vaivéns de opiniões e sentimentos do adolescente e não deixaram a oportunidade de retorno. Atitudes simples como as descritas facilitam enormemente o relacionamento de pais e filhos na adolescência.

Um pequeno e, ao mesmo tempo, grande, segredo que temos usado para lidar com o conflito dependência-independência, quando um jovem revela que está com vontade de largar seus pais e fazer sua própria vida, sair de casa, é perguntar-lhe uma porção de questões para conduzi-lo a raciocínios e decisões. Não se responde, não se sugere, não se critica, não se decide por ele, nem mesmo se mostra susto ou espanto. Mas se pergunta: “Por quê? O que você quer encontrar fora de casa? O que você pode ganhar? Qual o preço da troca? O que você vai perder? Será que já está na hora? Isso que você quer não poderia ser conversado com os seus pais? Você já experimentou?...”

Ainda em torno da questão dependência-independência, as moças, principalmente, queixam-se da falta de liberdade para fazer programas. Também aqui se resolve muito com perguntas. Pergun- ta-se, por exemplo, na terapia: “Você já teve muitas provas, nesta terapia, de que seus pais amam você e que querem o seu bem... Diante disso, por que você acha que eles não lhe dão liberdade total?... De que é que eles têm medo? Qual é o mal que eles pensam que pode acontecer a você?... E você, como se posiciona diante deste mal? Você já se sente capaz de contorná-lo? Em que circunstâncias? Dialogue com seus pais... Se eles não falam, fale você!” Mais ou menos assim, com essa conduta, o adolescente de terapia é levado a encontrar soluções que aplica na prática e que de fato funcionam; pois o inconsciente só se convence quando vê o que pode ou poderia realmente ter acontecido.

A queixa já mencionada, de que os “pais mandam, desmandam, proíbem e sem explicações”, é muito freqüente no adolescente. Essa atitude dos pais

mostra que não se ajustaram à mudança de seu filho de criança para adolescente. As queixas expressam o desrespeito a três novas realidades do adolescente: a capacidade de raciocínio consciente, o desejo de tomar decisões próprias, o conflito dependência-independência. O adolescente, sem dúvida, precisa ainda da orientação dos pais, mas a forma de fazê-lo é agora diferente: a atitude "sem explicação" e o autoritarismo não cabem mais na adolescência.

A firmeza, no entanto, é importante nessa fase. O adolescente, mesmo que saiba o motivo das coisas, nem sempre tem força para seguir o que distingue como bom. A vontade desordenada ainda precisa de freio, embora se deva colocar agora esta questão mais em termos de "punição e reforço" do que em termos de ordem dada. Pode-se combinar, dialogar sobre certos procedimentos do jovem adolescente em torno de sua mesada. É justo e bom que o jovem aprenda a ter direitos e deveres em função do dinheiro que recebe dos pais. O jovem se sente bem dentro de critérios de justiça. Certa mãe, que não era firme com seu filho para evitar discussões, depois da orientação recebida, falou ao seu adolescente que o chamaria todas as manhãs às 8 horas e toda vez que ele não se levantasse até às 8,30 horas, ela descontaria um valor "x" da mesada. Por outro lado, se ele levantasse e assumisse seus afazeres, daria, no fim da semana, um "x" de "extra". O menino reclamou de início, mas já no fim da semana procurou a mãe e lhe falou: "É tão bom a sra. ajudar a gente a fazer o que se deve fazer... No começo eu achei ruim... mas agora eu me sinto muito bem."

E aqui temos que alertar para o caso dos pais que se vangloriam de que seus filhos são calados, quietinhos, bonzinhos e que não manifestam mudanças na adolescência. *A mudança na adolescência não é problema, é normal e necessária.* E o colorido da vida de família. É o enxerto de nova vida. Se os filhos nada manifestam, estão abafados, reprimidos e problemas mais sérios virão.

Uma boa conduta para contornar os problemas de insegurança do adolescente é fazer o que se sugeriu

para a criança de primeiro ano escolar, ou seja, lembrá-lo de que os seus amigos, da mesma faixa etária, também estão inseguros. Que não é apenas ele o preocupado com a opinião do outro ou da outra adolescente, masaquele outro também está preocupado com a opiniSo ele pensa dele.

A *área sexual* precisa ser orientada e não em,**te** ou *não pode,* mas em termos de ideal. O jovem, **e** relutar, entusiasma-se quando entende que o seu autoi o sexo é a sua verdadeira liberdade e que tal conti harmonia sexual numa vida a dois, enquanto que o vl decantada *liberdade sexual,* é, na realidade, a sua pessoa. Ao jovem não é difícil mudar certos hábit< diferenças entre processo de animalização e de humai humano são-lhe colocadas como ideal. Mas é prec informações cheguem até ele bem fundamentadas, ass chega a pornografia para distorcer valores e para criar- exatamente em relação ao prazer sexual. (Leia: “Vid Solteiros e Casados”, de Mohana, “Love and WilI”, < e “Antropologia Filosófica”, de Viktor Frankl.) Elisab um dos seus livros (“Auch Dein Leben hat Sinn”) experiência como terapeuta de jovens na Alemanha impressionante quão grande o número de *jovens nat.* xando-se hoje de impotência e frigidez. No entanto, sexual vem exatamente da precocidade de sua vida importância que se dá ao sexo diretamente, minimiza namento pessoa a pessoa, que é preparatório a uma \ prazer sexual. O sexo, nos seres humanos, é compleir maduro e responsável e, fora desse contexto, ele contra noológica do homem e por isso torna-se frustrativo, g« fação, tendendo a conduzir à decepção, à indiferença tarde, à impotência e à frigidez.

Os problemas de ordem sexual são mais intens onde se libera a pornografia. A pornografia é o coir e insistente à busca de prazer por si só, incons frustração sexual inevitável dessa busca conduz sensações maiores de prazer, tais como o roubo, a lência e o crime. A pornografia é, talvez, uma da sutis, mas mais eficazes, para o enfraquecimento **e** de uma civilização. Não seria por este motivo que el nos países da cortina de ferro, onde não existia a moral-

religiosa?!
Na área da educação sexual do adolescente, é pr de
mais três questões: a polução noturna, a mer
masturbação

.Na terapia, aparece, por vezes, o menino surpreendido pela polução. É importante que o pai explique ao filho o processo fisiológico natural e que deixe claro para esse filho que a própria natureza se está encarregando de regular a sua função sexual que. nessa idade, ainda *não* pede uma relação sexual. Ao contrário, as substâncias não eliminadas naturalmente pela polução são reabsor- vidas e necessárias ao organismo, tanto é que se prejudica fisicamente ô menino de vida sexual precoce (veja “Vida Sexual para Solteiros e Casados”, de Mohana). Pelo mesmo motivo prejudica-se fisicamente o menino que recorre à masturbação. Psicologicamente, cria ele a distorção do prazer para a companheira, voltando-se em direção a si mesmo e vicia-se, sendo-lhe, depois, muitas vezes, difícil manter uma harmonia sexual a dois. Como contornar esse problema?

Na terapia, usamos sempre, sobre o inconsciente, o estímulo do “eu posso, desde que quero e eu quero quando sei para quê”. O próprio paciente descobre, então, a solução para ele em particular. O esporte, ao lado do desejo de mudar, tem sido apontado, preferencialmente pelos pacientes em nível I, como solução contra a masturbação e uma vida sexual desregrada.

Ocupar o tempo e evitar o tédio também é encontrado como forma de evitar a concentração sobre o sexo. Outras soluções dadas pelo próprio paciente: “ficar menos na cama”, “fazer coisas úteis”, “cansar o corpo”, “descarregar o excesso de energia antes de ir para a cama”.

Para a menina que menstrua pela primeira vez temos usado o seguinte recurso: pedimos-lhe que sinta em nós uma pessoa amiga e explicamos-lhe a questão sobre o inconsciente. Uma das formas de falarmos é resumidamente a seguinte: “Quando o Criador fez o homem e a mulher, caprichou com a mulher, fez a mulher com carinho especial, mais bonita, mais

graciosa, mais suave... É porque através da mulher iria Ele dar continuidade ao gênero humano, que Ele tanto ama!... Com todo carinho, pôs dentro da mulher um ninho... O mais macio dos ninhos, que nós chamamos 'útero'. Enquanto você era criança, seu útero estava como que dormindo. Mas agora está ele começando sua função de 'ninho'. Todos os meses as paredes internas formam uma camada fofa e fios especiais para amaciarem a caminha, visando aconchegar uma criança... Mas se o neném não vem, esse forro se solta e forma a menstruação... porque Deus Criador quer um ninho novo para a criança que possa surgir! E não é só isso... Agora, com a menstruação, você está se definindo como mulher. Pense o quanto é bom ser mulher, o quanto é bom sermos plenamente aquilo que somos, dentro do plano de Deus Criador. Sinta isso, vivencie isto e coloque nesse seu inconsciente que você vai sentir uma alegria espontânea e muito bem-estar toda vez que se aproximar a menstruação...! "

Com essa colocação, na prática evidentemente mais detalhada, a paciente, quando é conduzida pelo processo retroativo ao período de uma primeira menstruação-problema, costuma libertar-se dela e, a partir daí, dos incômodos e mal-estares de suas menstruações. Muitas pacientes, além disso, passam a sentir-se excepcionalmente bem nesse período.

A mesma explicação acima, se dada em nível consciente a uma menina antes da menstruação, deve produzir efeitos similares, embora mais superficiais e provavelmente sem conseguir atingir tão bem o fisiológico ou o problema das dores menstruais.

Problema comum nos dias de hoje é o adolescente que faz uso de tóxicos. Usar tóxicos pode ser um meio de auto-afirmação, de medo de ser rejeitado pelo grupo. Joga-se, então, na terapia *o desafio*: "Você não tem coragem de decidir por você? O que tem aquele seu líder negativo que você não possa ter no sentido positivo? Olhe-se (imaginando) no espelho: você gosta de você assim como você se vê? Um covarde que não tem coragem de dizer não! Experimente dizer 'não' e veja quantos acabarão dizendo não com você! No fundo, todos buscam o líder que tenha coragem de reagir

contra aquilo que todos, no fundo, acham errado! O dia em que você tiver sua mente limitada devido aos tóxicos, aqueles que hoje convidam você não estarão do seu lado. Lembre-se de que o traficante geralmente não usa tóxicos! Ele sabe o mal que faz! Ele não quer correr o risco de estragar seus negócios, limitando sua capacidade mental! E você quer ir na conversa dele, para ajudar a enrique- cê-lo às suas custas?...”

Outras vezes, o uso de tóxicos é a fuga da vida. Neste caso, o jovem quer se autodestruir. São estes casos mais graves e, em grande percentagem, estão ligados aos problemas do lar: a rejeição de útero materno e/ou o problema conjugal dos pais. Para estes, a terapia é quase imprescindível: a terapia do jovem juntamente com a terapia dos pais.

O problema conjugal costuma ser minimizado em relação aos problemas de jovens ou adolescentes. Muitos casais separados já me falaram que seus filhos adolescentes concordaram e, às vezes, até motivaram a separação. Pela experiência, infelizmente ou felizmente — conforme o enfoque — não foi possível encontrar um só caso em que o adolescente não sofresse um abalo de toda a sua estrutura de personalidade com as desavenças, os desajustamentos e as separações conjugais de seus pais. E também em manifestações conscientes, não encontramos outra resposta: quando estudante de Psicologia, realizamos com duas colegas uma pesquisa sobre 1001 adolescentes, de diversos colégios. Perguntamos-lhes: caso seus pais não se entendessem, você preferiria: a) que se separassem logo; b) que continuassem discutindo, mas ficassem juntos; c) que tentassem o reajustamento, ainda que difícil?!

Das respostas, 82% foram a favor do item c. Tentar o reajustamento dos pais, é isto o que realmente querem. Pouco importa se é o pai ou a mãe que tem razão ou culpa nas discussões. *A simbiose conjugal não se parte no inconsciente do filho.*

Um último aspecto encarado pelos adultos com certa timidez em relação aos adolescentes e jovens, e na mesma linha da necessidade de ideal, é a

espiritualidade, a autotranscendência, a escolha de valores estáveis e também a vivência religiosa. Na terapia, conduz- se o jovem a verificar o vazio existencial do gozo e da satisfação. Fazem eles parte importante da vida, mas o que leva a crescer, a amadurecer e a jogar-se para a frente são as tensões construtivas, as lutas para vencer a si mesmo, o esforço de pequenas vitórias no crescimento para a autotranscendência.

Se tudo isso for apresentado ao jovem e de forma sincera, convincente e autêntica, ele, bem mais depressa que o adulto, saberá escolher o *maior valor e lutará por ele com garra e dedicação.* Além disso, deve-se descobrir uma forma de dar ao jovem uma participação positiva na comunidade. Em nosso modelo de sociedade, o jovem é, geralmente, apenas estudante e dependente do adulto. Sua participação é limitada ao direito de fazer protestos e de criticar. O jovem pouco aprende sobre a sua responsabilidade de *construir.* Deve-se despertá-lo, conscientizá-lo de que aos adultos pertencem o ontem e o hoje, mas que dele é o *hoje* e o *amanhã* e que o futuro só será melhor se ele der a sua parcela de contribuição. Desta forma, alimentar-se-á a qualidade do *ideal,* que é dado a todo jovem por Deus Criador para garantir, pela natureza, um mundo sempre em crescimento e cada vez melhor. Depende de nós, os adultos, sabermos alimentar e fortificar adequadamente este ideal formando o jovem, escutando-o e proporcionando-lhe mais oportunidade de cooperação ativa para o bem comum.

3.3 O TRATAMENTO PARA O REAJUSTAMENTO CONJUGAL

3.3.1 MOTIVAÇÃO

Os depoimentos clínicos até agora apresentados levam a concluir que, ao lado do trauma de rejeição, mais outro sofrimento atua, com intensidade semelhante, sobre o todo psicossomático da criança: são as desavenças entre seu pai e sua mãe... Esta observação, entre outras, deve tornar-se

forte motivação para um maior esforço de reajustamento conjugal.

Se fizermos um ligeiro apanhado sobre o conteúdo dos depoimentos apresentados através dos diversos capítulos desta monografia, verificaremos que são dois os problemas básicos que podem perturbar, a partir do inconsciente ou do passado, a personalidade e a saúde psicossomática de uma criança e, conseqüentemente, do adulto: a rejeição, consciente ou inconsciente da criança, principalmente na fase de sua gestação, e o desajustamento conjugal dos pais dessa criança. Todos os outros traumas, com poucas exceções, são direta ou indiretamente interligados aos dois fatores já mencionados; mesmo porque problemas de outras origens teriam a sua gravidade ampliada ou diminuída, de acordo com a segurança desenvolvida na criança e em função da capacidade de reação de defesa da mesma, o que, por sua vez, depende da aceitação amorosa e total da criança e da união conjugal de seus pais.

É isso que realmente se verificou pela prática terapêutica, a qual não apenas perpassa, com cada caso clínico em tratamento, a vida pessoal do paciente e a de seus pais, como também a dos avós paternos e maternos, bisavós e, por vezes, tetravós, o que lhe fornece uma gama muito vasta de informações e dados sobre o assunto.

Já vimos como contornar, *a posteriori, o* problema de rejeição da criança. Aqui abordaremos o problema conjugal.

Os problemas conjugais são hoje amplamente tratados numa variedade imensa de bons livros. Parece-me, no entanto, que alguns ângulos dessa questão, embora continuamente observados na experiência, não têm sido muito lembrados nessas publicações.

Uma dessas questões é a situação-problema que genericamente precede e está presente em qualquer problema conjugal: ausência de *motivação* para deslanchar um reajustamento da vida a dois. Explico melhor: a ausência de motivos o suficientemente

fortes para que o casal se sinta estimulado a mobilizar todas as suas forças e potencialidades internas, renunciando, espontaneamente, a seus impulsos egocentristas e pequenos direitos particulares, em função de um valor maior: a vida conjugal plena e harmoniosa.

Essa questão de forma alguma é óbvia ou pacífica. Para inves- tigá-la, costumo perguntar ao paciente, por ocasião da anamnese, por que procurou nossa terapia, o que quer que se modifique na pessoa dele e o que gostaria de ver resolvido após o término do tratamento. Se as queixas iniciais do paciente foram sobre problemas conjugais ou familiares, observa-se, então, o fato curioso de que, quanto às expectativas de solução para tais problemas, o paciente volta-se muito mais sobre o outro cônjuge que sobre si mesmo. O paciente- marido deixa entrever que, na realidade, deseja as mudanças de comportamentos e atitudes de sua mulher e a paciente-esposa quer que se transforme seu marido. Como pais, querem eles que o psicólogo lhes dê o segredo, uma espécie de fórmula mágica que funcione no sentido de contornar a problemática dos filhos, não aceitando que precisam eles assumir a melhora de seu relacionamento conjugal, se quiserem diminuir o desequilíbrio de seus filhos. E como casal vêm os dois, às vezes, procurar no psicólogo, velada ou declaradamente, um apoio para justificar um processo de separação conjugal.

Em outras palavras, com relação aos desajustamentos conjugais, raramente os pacientes que vêm à terapia estão dispostos a assumir, eles próprios, a solução de seus problemas, com todas as forças de seu ser e sem a cobrança do outro. A atitude é genericamente restritiva, assemelhando-se a um “jogo” conjugal, onde cada qual expressa que fará a sua parte se o outro fizer a sua, e desde que não saia perdendo! Com isso, evidentemente, não se torna possível mobilizar toda a capacidade humana que existe em cada um deles, visando conseguir o entendimento.

Quando o casal, em discórdia, admite que se ama, esse amor geralmente é apenas de sentimento, sendo as

atitudes, ao contrário, egoístas e egocêntricas, a ponto de abafarem qualquer expressão deste sentimento e a conduzirem o casal, com o tempo, a uma auto, hetero ou mútua sugestão de que já não se ama. Foi oportuníssimo o título de um dos livros recentes de João Mohana, que diz: "Não basta amar para ser feliz no casamento." Porque o amor conjugal que permanece sobre o nível do sentimento e não entranha as atitudes e os comportamentos nunca possibilitará uma convivência pacifica a dois.

É interessante verificar que muito se fala em amor, mas pouco se acredita e se compreende que amor é sinônimo de doação, exigindo que cada qual queira o bem do outro, aceitando-o como é, para que aconteça, *em resposta,* a reciprocidade. Insiste-se, na prática, em querer construir uma vida a dois por meio de uma mesclagem de egoísmo e amor, quando as duas realidades sâo antagônicas, como guerra e paz. Não se entende que os problemas conjugais e familiares são sempre, e em última análise, falhas na manifestação de amor autêntico.

Não se acredita que todo o ser humano, principalmente dentro de uma família, pode ser conquistado e transformado através do amor. Não se quer aceitar que a atitude de amor autêntico deve partir do "ew" e não de exigências cobradas ao "íw".

E, se tudo isso não se aceita, certamente é porque pouco se sabe sobre a seriedade e as danosas conseqüências de uma desarmonia conjugal.

Falta uma motivação mais consciente, que leve o casal a perceber que suas discussões, às vezes fúteis, superficiais ou indiferentes, assemelhando-se a chantagens para chamar a atenção do outro ou para impor-se, projetam-se muito além deles próprios, penetrando como espadas lancinantes o coração, a personalidade e a saúde física dos filhos e estendendo-se, através deles, até três ou quatro gerações seguintes. A prova disso, ou a *revanche,* costuma aparecer na adolescência dos filhos, despertando, então, os pais para a seriedade dos seus hábitos conjugais negativos. Nessa época, no entanto, com os problemas já alastrados através dos efeitos, a

solução torna-se bem mais difícil.

Temos sido pouco educados para o amor-doação e geralmente não sabemos viver o amor a não ser que compreendamos mais profundamente o motivo e o seu sentido. Elisabeth Lukas, a discí- pula-mor de Viktor Frankl, cita, em um dos seus livros, que costumamos acreditar em nossa força de poder de acordo com o querer, mas que, na realidade, nós podemos, na medida em que sabemos *“para que quere‘mos*'\ Os pais, genericamente, não sabem *“para que*”, não sentem eles pessoalmente tanta necessidade de se empenhar com grande esforço na conquista de uma melhor harmonia conjugal. Acostumaram-se com as suas mútuas agressões. A mulher, por vezes, vê vantagens em sentir-se como vítima e o marido gosta de sua posição de machão. Embora se queixem para os outros, os dois vão vivendo, unindo-se em torno de algum assunto de interesse mútuo e, no mais, deixando suas rédeas internas soltas, entregues aos impulsos descontrolados de seus temperamentos e de suas necessidades pessoais de compensação. É como se os filhos pouco ou nada tivessem a ver com isso. Pelo contrário, às vezes os próprios filhos são engajados pelos pais em seus jogos pessoais e em suas chantagens para reforçar um contra o outro.

Os capítulos precedentes, recheados de depoimentos verbais sobre as danosas conseqüências dos problemas de desajustes conjugais, têm por objetivo despertar os pais em tempo e, convictamente, para uma mudança de *atitude interna* no que diz respeito ao seu relacionamento mútuo. Parece-nos que assim será melhor compreendida a importância da harmonia conjugal em função da formação de uma personalidade sadia e equilibrada dos filhos, o que deverá despertar os pais de boa vontade para a luta neste sentido.

Outro aspecto que deve servir de motivação são as previsões dos resultados positivos, de larga escala, para os pais que realmente assumirem o seu reajustamento.

De fato, da mesma forma como as atitudes negativas se transmitem aos filhos, por identificação

inconsciente e imediata destas, assim também o esforço dos pais de se unir em amor autêntico é imediatamente compensado e se transmite às outras gerações.

Tivemos poucos exemplos desta boa vontade em nossa experiência clínica. Mas recordamo-nos de um caso anterior a essa experiência e que nos impressionou pela multiplicação dos benefícios que resultaram da atitude firme e decidida de uma esposa sofrida que resolveu assumir, inicialmente sozinha e com heroísmo cristão, a sua vida conjugal e familiar. Eis o caso: a paciente era uma mulher bastante nova, com filhos pequenos, cujo marido tinha um psiquismo profundamente desequilibrado, um caráter frio, calculista e ambicioso. Suas atitudes faziam sofrer sua mulher e seus filhos, gerando a revolta contra ele em qualquer pessoa que, como nós, testemunhasse seu procedimento familiar.

No entanto, essa mulher acreditava na força transformadora do amor e acreditava, ainda, que poderia vir a amar um homem que nunca chegara a amar e com quem se unira por imaturidade, porque julgava ser esta a única solução para seus problemas de solteira. Ao contrário dos pacientes em geral, essa mulher não fez do encontro conosco uma oportunidade para despejar todas as queixas que tinha contra o marido. Desde o princípio, posicionou-se como alguém que queria realmente assumir a solução do problema. Disse-nos ela: “Quero que você me ajude a descobrir as *minhas falhas* e que me oriente no que possa fazer para que meu marido e eu passemos a nos amar. Quero fazer *tudo aquilo que for possível da minha parte* para salvar nossa vida conjugal e recuperar o equilíbrio de nossos filhos. Eu sei que não vai ser fácil! Sou muito tentada para a infidelidade e, na realidade, eu nunca amei meu marido... Casei apenas para poder fugir a uma situação insustentável. Eu era muito nova e não sabia o significado do casamento. Hoje eu sei da responsabilidade que pesa sobre mim. Mas sei, sobretudo, que *um casal pode sempre, em qualquer momento, vir a se amar,* se realmente *assumir* essa atitude e, naturalmente, se pedir a ajuda de

Deus!... Em termos humanos, eu acho impossível vir a amar meu marido... Mas para Deus nada é impossível... Eu quero fazer *tudo que posso...* Acho que *vale a pena tentar/"*

Essa mulher extraordinária conseguiu em pouco tempo, com nossa ajuda, a de bons livros e da oração, a transformação de si mesma, de seu marido e de seus filhos. Acompanhamos, durante vários anos, as mudanças nesta família: o marido, de agressivo, grosseiro e sisudo, transformou-se num homem comunicativo, simpático, gentil; de pessoa que se utilizava dos membros da família apenas para seus interesses, passou a tornar-se um marido amoroso, um pai carinhoso, voltando-se também para o conforto físico e material de seus filhos. Os filhos, hoje em parte adultos, quando jovens serviram à comunidade, identificados ao espírito de cristianismo autêntico da mãe. São todos equilibrados e o sofrimento da infância reverteu-se neles em maturidade e dedicação a outros que sofrem.

O grande segredo da força transformadora desta mulher estava na frase final de sua consulta inicial: "Acho que vale a pena tentar!"

Isso é motivação. Isso é saber "para que" se quer o reajustamento conjugal. E quando se sabe "para que", geralmente não é difícil descobrir os meios de atingir a meta. E incrível como se cria capacidade no ser humano quando ele sabe o que quer, para que o quer, e quando se lança em direção ao objetivo.

Em gera!, a mativação gerada a partir dos filhos é para o casal mais forte que aquela que diz respeito só aos dois. No entanto, costumamos despertar também este motivo. Lembro ao casal que um bom relacionamento humano sempre é possível conquistar ou reconquistar e que "vale a pena tentar", uma vez que terão os dois talvez mais que o dobro dos anos de vida que já tiveram em comum pela frente. Lembro que o *acerto conjugal não acontece, mas é o casal que o constrói.* Por isso, a simples escolha de um novo companheiro não seria solução, porque também com este seria preciso "construir o acerto conjugal". Por melhor que sejam individualmente as pessoas que

formam o casal, a harmonia reside no *relacionamento* dos dois, que precisa ser trabalhado e ajustado. Assim, ao escolher-se um novo companheiro, houve um longo tempo e esforço que foram desperdiçados e tudo precisa recomeçar do princípio. Por outro lado, existe a tendência de se repetir com o outro ou com a outra os mesmos defeitos que foram lançados em cada um no primeiro relacionamento conjugal. Além disso, o primeiro elo conjugal costuma ser bem mais forte, porque a opção, psicologicamente, tende sempre a ser mais livre e mais total. Ainda numa segunda união existe a interferência dos filhos da primeira vida conjugal que dificilmente permitem um total desligamento da vida anterior, nem possibilitam uma nova simbiose conjugal. Enfim, uma segunda união após a separação conjugal não é uma solução, mas, no máximo, um remendo frágil.

Todas essas e outras considerações deveriam servir ao casal como "motivação" para que ele quisesse, antes de tudo, *o seu reajustamento,* compreendendo-lhe a importância. Se esta motivação existir e se for colocada como uma meta a ser perseguida com todas as forças e como *um valor maior e central da vida,* partindo-se desta premissa, então valerá a pena estudar as causas mais comuns dos desajustamentos conjugais e as soluções possíveis — assunto que veremos no próximo capítulo.

3.3.2 A NATUREZA DOS PROBLEMAS CONJUGAIS

> **Da experiência TIP, conclui-se que os problemas conjugais, de maneira genérica, não resultam da falta de "sentimento" de amor, nem de erros na escolha mútua, mas de um relacionamento marcado por problemas psicológicos e de falhas nas atitudes de "expressão" deste amor.**

O paciente, na medida em que vai sendo conduzido pelo processo retroativo à fase de sua gestação, desvenda ele não apenas o seu próprio inconsciente, mas o de seus pais e de seus avós. O processo torna assim possível descobrirem-se características e comportamentos em torno do relacionamento conjugal e da

escolha mútua que conduzem a conclusões genéricas sobre a estrutura profunda do relacionamento conjugal.

Por inúmeras vezes, em cada caso clínico, durante o tratamento, o paciente esbarra num trauma relacionado a desentendimentos de seus pais. Para o paciente, é profundamente doloroso perceber seus pais discutindo ou magoando-se mutuamente, principalmente porque tais desencontros são compreendidos afetivamente pela criança e pelo pré-adolescente como sendo atitudes de rejeição pessoal entre seu pai e sua mãe e não apenas como desentendimentos verbais. O trauma é tão forte que, na terapia, o paciente foge da cena projetada, ficando repentinamente bloqueado, chorando sentidamente ou usando de mecanismos de defesa, tais como uma queda, uma má-criação, uma quebra de objetos, uma dor ou uma doença para desviar a atenção dos pais do que estão fazendo um com o outro.

A motivação para o reajustamento conjugal acontece exatamente com essas descobertas, na medida em que os pacientes, marido e mulher em desajuste conjugal, descobrem, na terapia sobre o nível inconsciente e em sua vida passada, o quanto sofreram, eles próprios, com o desajustamento de seus pais. Acontece também quando, nesse instante, se surpreendem como imitadores de seus pais em sua vida familiar. Acontece, ainda, quando verificam o quanto os seus filhos já estão sendo atingidos por essa sua desarmonia conjugal. Quase sempre há uma espécie de perplexidade, após a sessão de terapia, hora em que o paciente costuma se quedar em silêncio, comovido ou meditativo sobre essas revelações de seu próprio inconsciente. Manifesta-se o paciente, então, através de expressões típicas, tais como: “Isso é bem mais sério do que a gente imaginava!”, ou: “A gente briga tanto á toa e não se dá conta o quanto fere aqueles (filhos) que mais quer ver felizes”, ou ainda: “E eu que brigava tanto com mamãe (papai) pelo que fazia com papai (mamãe) e agora me vi agindo da mesma maneira! ”

O tratamento TIP, sem dúvida, permite uma tomada

de consciência da realidade nunca antes percebida. E, a partir daí, o paciente costuma estar convencido de que precisa mudar. Em geral acaba aí o jogo do “ele é culpado” ou “ela é culpada”, porque a verificação da seriedade das conseqüências das desavenças conjugais faz com que cada paciente decida assumir sua parte e, com mais firmeza e energia, com engajamento concreto e ativo nos meios de solução que podem depender dele.

A compensadora atitude de considerar-se como vítima ou de querer a razão voltada para seu lado debilita-se face à descoberta de que, no casal, ambos estão perdendo a saúde e o equilíbrio de seus filhos por causa das desavenças conjugais. Além disso, mesmo que, no momento, a nova situação exija do paciente renúncia e sacrifício, sabe ele agora que a resposta positiva não tardará a aparecer.

Durante a terapia, logo que o paciente percebe os registros negativos, os traumas relacionados com os problemas conjugais de seus pais, e que estes, às vezes, já são a repetição dos problemas conjugais dos avós e, vendo depois, o paciente, a tendência da repercussão desses problemas em sua própria vida conjugal, está ele motivado a remover tais problemas.

A remoção, no entanto, não se basta com a substituição dos registros negativos por outros positivos já existentes no inconsciente. E preciso que entre nessa substituição a decisão livre, a reformulação, a mudança de atitudes diante do fato acontecido no passado, contando-se, para isso, com a ajuda da “potencialidade” do inconsciente. Digamos, por exemplo, que o trauma visualizado pelo filho (paciente) seja o de que seu pai esteja agredindo por meio de palavras ou atitudes a sua mãe. Pede-se, então, ao paciente que penetre no inconsciente dos pais — no inconsciente dos pais dentro de seu próprio inconsciente! — e que verifique qual foi o motivo real dessa braveza do pai. A resposta vem aos poucos, intercalada com as perguntas do psicólogo, mais ou menos assim, de acordo com a queixa mais comum: “Papai se sentiu rejeitado pela mamãe... Ela o repele sexualmente... E um círculo vicioso... Papai... ele se sente ofendido... ele agride a mamãe... Mamãe fica

magoada porque ele a maltrata e por isso o rejeita...”

E outra queixa bastante comum, no depoimento da paciente: “Mamãe acha ruim que papai chegue tão tarde em casa... mas papai se atrasa porque, se ele viesse cedo, ela o encheria de queixas sobre os problemas que viveu naquele dia... e ela faz isso para chamar a atenção do papai...”

Procura-se ver, ainda, diante dos inconscientes dos pais, qual seria a forma de contornar ou de quebrar esses círculos viciosos. E o paciente, com a ajuda do terapeuta, torna-se, pouco a pouco, um perfeito psicólogo intuitivo. Vai ele descortinando os jogos conjugais e descobrindo as soluções e as atitudes que teriam evitado aquelas discussões. Finalmente, o paciente descobre que todos esses jogos existem exatamente porque “o pai é importante para a mãe” e “ela é importante para ele”. Descobre o paciente que, no fundo, os pais *ainda se amam e sempre se amaram.*

Quando essa descoberta pode ser feita, o trauma é removido... O registro negativo das discussões dos pais pode ser substituído pelo registro de que o *fator permanente é o amor dos dois,* sendo que as discussões foram circunstanciais e acidentais. E é por isso que interessa à estrutura psicologicamente sadia do paciente *que os pais se amem.*

Finalmente, traça-se, nesse tratamento, um paralelo entre as soluções encontradas para os problemas dos pais e as soluções que poderiam servir para os problemas conjugais do próprio paciente. Pois ao paciente é mais fácil corrigir seus próprios problemas indiretamente, pela correção dos problemas de seus pais registrados em seu inconsciente, que corrigi-los diretamente. Com isso, muitos dos desentendimentos atuais do paciente com sua mulher, ou dela para com seu marido, deixam de existir, porque são entendidos no âmago da questão, ou porque o paciente aprende a lidar com eles, ou, ainda, porque ele próprio transformou sua visão do problema, porque simplesmente aprendeu a amar de maneira mais perfeita. Conseqüentemente, como acontece na vida

conjugal, *se um dos dois dá o passo inicial de aproximação, o outro também se aproxima.*

Há casos de mudanças tão rápidas e tão radicais de v.idas conjugais, através de nosso tratamento, que alguns pacientes insistem em classificá-las de “milagrosas”. E, sem dúvida, a força transformadora e construtiva do verdadeiro amor é sempre algo, de certa forma, milagroso, embora ao alcance de todos nós, de todos os de “boa vontade” que queiram assumir, sem restrições nem cobranças, a sua parte na vida conjugal.

No que diz respeito à substituição de registros negativos por positivos, ou seja, à troca das “discussões” ou dos “desentendimentos” dos pais do paciente pela descoberta de que, no fundo, estes pais se amam, é preciso que esta troca seja baseada na *verdade* e não apenas na sugestão. A prática da terapia permitiu descobrir que a sugestão é eficaz para reforço de algo que o paciente acredite, mas uma sugestão que se baseie em inverdades ou sobre aspectos contestados pelo paciente não tem durabilidade nem força de cura e não resiste aos testes de avaliação. Portanto, quando se afirma que normalmente os casais se amam, apesar das discussões, apesar dos desajustes e até de separações, é isso uma constatação confirmada, a partir da experiência que atingiu, com cada caso tratado, três ou quatro gerações. De fato, é verdade — e isso deve ser surpresa para muitos — que, em altíssima percentagem, todos os casais, os quais um dia uniram-se em casamento, ainda se querem e se amam.

E isso se justifica racionalmente. Nos próximos capítulos, tentaremos esclarecer melhor a tese aqui lançada de que os problemas conjugais resultam muito mais de choques no relacionamento, porque este está marcado de problemas psicológicos que ambos levaram ao casamento e por falhas nas atitudes livres, do que por falta de “sentimento” de amor. Esclareceremos também o motivo pelo qual um amor conjugal, desde a origem, na escolha mútua, tende a ser duradouro.

3.3.3 O AMOR CONJUGAL

Ao se constatar que o amor mútuo de um casal costuma persistir por baixo do véu negro dos de- sajustamentos conjugais, verifica-se, ainda, a existência de comportamentos típicos que podem explicar racionalmente os motivos pelos quais a permanência deste amor é compreensível.

Já explicamos que, através do processo de nossa terapia, se tenta descobrir sempre, sobre o nível I do paciente, a melhor solução para os traumas lá registrados, procurando tais soluções a partir da memória inconsciente. Explicamos, ainda, que, de todos os traumas, o mais freqüente e o mais perturbador da personalidade é, lado a lado com a rejeição do filho pelos pais, a própria rejeição dos pais entre si.

O *remédio* mais *eficaz* para esse mal encontra-se quando é possível verificar que os pais, *apesar das desavenças, se amam.* Essa é, portanto, sempre a primeira busca, a primeira tentativa que fazem os psicólogos da TIP junto ao paciente: tentar descobrir se os pais do paciente se amam, apesar dos desentendimentos que entre eles existem.

O procedimento técnico descrito, ao lado do processo retroativo que perpassa não apenas o passado direto do paciente, mas, através do paciente, três ou mais gerações, permite traçar uma linha de comportamentos típica, que se repete de geração em geração e possibilita tirar conclusões mais genéricas sobre o amor e o psiquismo no relacionamento conjugal.

Desse conjunto de observações, resultante de depoimentos dos pacientes durante o processo de terapia, queremos mencionar alguns comportamentos que podem tornar mais compreensível o que foi afirmado, ou seja, a tese de que *o amor entre casais costuma existir e permanecer vivo, ainda que pareça ter morrido.*

Justificando essa tese, destacam-se, em primeiro lugar, os *critérios inconscientes* que fazem

determinado homem escolher certa mulher para companheira (ou vice-versa) de toda a vida.

Quando um homem escolhe uma mulher, não como parceira sexual, mas para atender sua necessidade de complementação pessoal, portanto, quando escolher uma companheira de vida pelo casamento, o seu inconsciente impulsiona-o à *procura de alguém que possa representar a continuidade afetivo-emocional de seu pai ou de sua mãe.* Conscientemente, durante a anamnese, o paciente, homem ou mulher, dificilmente encontrará muita relação entre sua esposa e sua mãe ou entre seu marido e seu pai. Mas, na terapia sobre o inconsciente, quando se trabalha o pai ou a mãe do paciente, emergem, então, certos procedimentos desse pai ou dessa mãe, que merecem ser comparados, na mesma hora, com a esposa ou o esposo do paciente.

O paciente surpreende-se, então, com grandes semelhanças que surgem entre seu marido, seu pai ou entre sua mulher e sua mãe. Percebe também ele as suas projeções sobre a companheira, a projeção de mágoas reprimidas, de suas necessidades afetivas não atendidas, de suas cobranças, as quais, na realidade, foram dívidas contraídas pelo pai ou pela mãe e não pelo esposo ou pela esposa. E após a separação terapêutica entre o pai faltoso e o marido, ou então entre a mãe faltosa e a esposa no inconsciente do paciente, vê-se o paciente novamente, e às vezes pela primeira vez, diante da esposa ou do marido *tal qual ele ou ela é,* sentindo renascer dentro de si aquele amor que os uniu um dia pelo casamento, com o desejo de viverem juntos para sempre.

Deixaremos para o próximo capítulo a consideração das conseqüências psicológicas das projeções de pai e mãe numa vida a dois. Aqui desejamos salientar apenas que um casal, ao se escolher mutuamente para uma vida de doação total e permanente, busca essa escolha, de uma certa forma, nas raízes do amor que nutriu por seu pai ou por sua mãe, no cerne do amor que lhe foi vital para o seu desenvolvimento psiconoossomático. Um amor que foi assim alicerçado não tem condições de simplesmente desaparecer ou “morrer” Pode, esse amor, não transparecer, mas permanece sempre em potencial

como a vida numa semente, esperando sua vez de desabrochar ou tornar a desenvolver, nunca podendo estar morto, enquanto o companheiro, ou o "inconsciente" do companheiro, estiver vivo. Somente a morte física do cônjuge pode modificar esta relação, pela ausência da reciprocidade de atuação viva e contínua entre os inconscientes dos dois.

Para melhor entendimento desse alicerce do relacionamento de um casal, compare-se o mesmo com o relacionamento pais e filhos. Os filhos, ainda que não se entendam bem com os seus pais, ainda que os agridam e não lhes sigam a orientação ou afastem-se de casa, mesmo assim, em nível inconsciente, continuam eles sempre ligados, sempre dependentes e com a lembrança viva dos pais. É em função dos seus sentimentos para com os pais que traçarão o seu sucesso ou fracasso, que sentem o seu psiquismo sereno ou agressivo. Os filhos projetam pai e mãe no seu relacionamento com os companheiros, chefes e subordinados, sentem-se com direito de ser felizes ou culpam-se e autopunem-se numa relação de autojulgamen- to de suas atitudes para com os pais.

No seu íntimo, os filhos sabem sempre: "por mais que meus pais erraram ou erram, são eles os meus melhores amigos e é com eles que eu posso contar quando todos falharem". Permanece sempre uma ligação afetivo-emocional, ainda que de ódio, mas nunca de indiferença, o que não permite uma separação, em nível inconsciente, entre pais e filhos e filhos e pais. É permanente e profunda a interdependência afetiva entre eles.

Semelhante é a situação de uma vida conjugal. Se a escolha do marido ou da esposa segue uma motivação inconsciente de procurar "nele" ou "nela" a continuidade afetiva do pai ou da mãe, compreende-se, pela lógica, que um marido tende a amar esta esposa "para sempre" (ou vice-versa) e que não consiga expulsá-la (lo) do seu inconsciente. Somente por este ângulo já é possível constatar que o amor conjugal, pela própria natureza, é orientado para ser "único, exclusivo e permanente", conforme as características e as exigências essenciais do verdadeiro amor. Esse é

o *primeiro* motivo pelo qual acreditamos na permanência do amor, mesmo em casais desajustados.

Em nossa terapia se constata esse fato, essa existência do amor permanente entre os casais, motivo pelo qual se tende a redespertá- lo, quase sempre o conseguindo.

Essa continuidade afetivo-emocional que é transferida dos pais para os esposos não deve, porém, ser confundida com o complexo de Édipo (Freud).

A observação que resulta da experiência não tem conotação sexual, mas sim de segurança psíquica — a segurança do ser amado e aceito, aconteça o que acontecer —, sentimento que os pais costumam transmitir, de certa forma, aos filhos, ainda que falhem psicologicamente na sua educação. O referido complexo encontra- se, por vezes, em casos clínicos, mas apenas onde o próprio pai ou a mãe despertaram nos filhos tais sentimentos, através de agressão ou manipulação sexual ou em outras situações de anormalidade. Trata-se, em muitos casos, de pacientes cujos pais são profundamente desequilibrados, de má-formação de caráter ou amorais; mas nunca se encontrou, em nossa experiência, tal complexo como expressão natural e espontânea do psiquismo normal.

Em *segundo* lugar, *a psicologia própria do ato do casamento* explica que houve uma motivação consciente e inconsciente de autêntico sentimento de amor, um amor psiquicamente testado, que uniu essas duas pessoas.

É muito diferente a atração física entre homem e mulher, o namoro, o simples viver juntos de um casal, daquela disposição interna que conduz duas pessoas a querer assumir um ao outro por toda a vida, o que é formalizado pelo casamento.

Sabemos que todos os povos, de todos os tempos e raças — com ligeiras exceções —, tiveram e têm, em seus costumes, a presença de cerimônias de casamento. Mesmo antes de conhecer- se Psicologia, Etnia, Sociologia, História e Antropologia, o consenso popular sentia a necessidade de um núcleo formal para garantir à criança o seu desenvolvimento sadio e a necessidade de compromisso pessoal que regulasse o

direito do uso sexual entre duas pessoas de sexos opostos. O *uso indiscriminado do sexo,* embora fosse muitas vezes tolerado, mais por fraqueza que por convicção e talvez por falta de contra-argumentação racional, sempre foi, porém, compreendido na “voz do povo” como *prejudicial ao bem comum.*

Já lembramos que sobre o nível I verifica-se uma necessidade imperiosa do nível noológico humano, a de contrabalançar direitos e deveres, gozo e responsabilidade. Qualquer desvio desse equilíbrio com a predominância do gozo e do direito e, portanto, do egoísmo e do egocentrismo, reverte em sentimento de culpa e autopunição inconsciente. Em uma vida a dois, tais sentimentos negativos tendem a crescer quando o casal se uniu apenas para testar um ao outro ou quando se uniu “sem compromisso” consciente ou inconscientemente assumido. A ênfase, nesses casos, recai diretamente sobre o prazer e o gozo do momento, o que enfastia depressa e tende a separar o casal.

Nos casais “sem compromisso”, também a atitude interna é profundamente diferente. O “inconsciente”, em tais casos, é menos exigente e não busca necessariamente um(a) companheiro(a) de complementação de si mesmo.

Aliás, uma das grandes diferenças entre um casal que se une para “viver junto” ou para “ver se dá certo” e aqueles que assumem a responsabilidade do casamento está nas *atitudes internas.*

A atitude de quem vai viver com o outro, numa espécie de “experiência de casamento”, ou nem sequer como tal experiência, apenas pelo *laissez-faire,* sem preocupação com o futuro, é uma atitude que se posiciona no “vou ver até onde isto dá certo para *mim".* Como não há preocupação com o outro, esse sentimento não é amor. Ao contrário, é expressão do antônimo de amor. É egoísmo. E o egoísmo não une ninguém, muito menos o casal. Esse sentimento tende a separá-los facilmente. Quando, entre um casal, cada qual pensa mais em si mesmo, os fios de união só podem enfraquecer, desgastar e arrebentar. Quando, ao contrário, um casal sente um impulso de unir-se por toda a vida, ou seja, quando os dois decidem que

farão dar *certo* a sua união de pessoas, então já excluíram o condicional de sua atitude interior, assim como excluíram dela a possibilidade de término ou fracasso dessa relação. E é nessa *atitude interior* e não na forma externa de expressar o compromisso assumido que reside a diferença fundamental entre os que casam e os que não casam. Em princípio, quando um casal quer casar, não pensa ele em *experimentar* se sua união pode dar certo, mas *decide* que vai dar certo. O casal assume um risco porque instintivamente sabe que pode "fazer" um bom relacionamento conjugal. O compromisso, a responsabilidade assumida *por amor e livremente,* um com o outro, é o alegre desafio humano que ambos aceitaram e no qual hão de empenhar-se com todas as suas forças para superar as naturais fases de ajustamento e dificuldades conjugais. Assim, a disposição de querer um *compromisso* um com o outro é nada mais nada menos que *uma prova de amor autêntico* que ambos se dão, prova que se toma importante não só para facilitar o processo de ajustamento conjugal progressivo, mas também para facilitar o ajustamento sexual.

Surge assim uma conclusão interessante: todo casal que se une experimentalmente tende à separação; e o mesmo casal, caso se assumisse para toda a vida, com coragem de provar suas intenções pelo esforço empenhado no dia-a-dia, poderia vir a ter um bom ajustamento, uma boa vida conjugal. Mesmo que não tivesse havido uma *escolha tão acertada,* a união de entendimento torna-se possível por uma *atitude* acertada face à escolha feita. Mas é sempre mais provável que quem escolhe seu companheiro ou sua companheira, visando a uma vida comum "para sempre", busca, sem o sentir, pelo caráter de seriedade, a ajuda de seu inconsciente para melhor escolher, em função da necessidade de ajustamento das características conjugais complementares. E, inconscientemente, este tipo de casal se pergunta: será que ela (ou ele) é, realmente, a pessoa que amarei por toda a vida como minha esposa e mãe dos meus filhos, nas horas alegres ou difíceis, na juventude ou na velhice? Essa autotestagem é

automática em pessoas equilibradas e, se o companheiro passa nesse teste, *existe amor autêntico* e pode-se considerar a "escolha" como *acertada.*

E, se alguma vez existiu amor autêntico entre um casal, este amor, pela própria definição de amor, é *permanente.* Essa é a *terceira* explicação que justifica racionalmente a argumentação sobre a permanência, ainda que velada, de amor entre casais casados. Aliás, a afirmação de que o amor é eterno poderia ser contestada teoricamente, mas na prática é óbvia para qualquer ser humano. Quem, por exemplo, aceitaria dizer à sua namorada que a ama e que continuará amando-a "por determinadó tempo", por seis meses, um ano, dois anos? Pode-se admitir que o namorado tenha-se enganado em seu sentimento, que esse sentimento ainda não tenha amadurecido para o amor, mas ninguém admitiria que um casal se amasse por um prazo já previamente definido. Isso prova a nossa aceitação intuitiva e tácita de que o amor é um sentimento que, pela sua natureza, permanece sempre ou que seu caráter natural é o "para sempre".

Pareceu-nos importante mostrar a diferença psicologicamente explicável entre casais unidos em casamento ou matrimônio e os outros que não se assumem compromissadamente um ao outro, devido à afirmação feita inicialmente sobre nossa experiência terapêutica de que os pais de um paciente quase sempre se amam, apesar dos desajustes na convivência. É que, através dos filhos de casais apenas unidos sem o compromisso do casamento, essa realidade da existência do amor não se confirma tão pacificamente, e exatamente porque, em geral, esse amor não teve oportunidade de ser testado e talvez nunca tivesse existido. Isso não impede que entre casais assim haja afinidades ou uma convivência pacífica sem discussões, criando mesmo aparências de um amor conjugal autêntico. Mas no teste com a abordagem direta do I, os filhos de semelhante união geralmente não percebem a "simbiose conjugal", tão necessária à sua segurança psíquica.

O *quarto* enfoque relativo à existência e, portanto, à permanência de amor conjugal entre um

casal que se assumiu responsavelmente em casamento é a *psicologia complementar* que conduz um casal a enfrentar esse ato de união.

O homem (sexo masculino) é naturalmente rebelde à idéia de união em termos conjugais, pois a sente como uma limitação à sua liberdade. De acordo com o seu psiquismo, pode ele querer a companheira, pode conviver com ela, pode desejá-la sexualmente... mas se não houver muito amor, não vai querer assumir o casamento. Somente quando o rapaz começar a sentir dentro de si um conflito entre continuar solteiro e livre e querer separar apenas para si determinada moça, comprometendo-se com ela por toda a vida, é que estará começando a vivenciar o amor autêntico. E quando sentir dentro de si que seu desejo de assumir a responsabilidade de uma vida a dois é mais forte que o de ficar livre, independente, solteiro, então ele próprio testou para si o seu amor. Antes disso ele não sabe bem o que é amor e se verdadeiramente ama. *O ato de se decidir pelo casamento é, portanto, para o homem uma necessidade de autotestagem do seu amor.*

E o *ato do casamento é, para a mulher, uma necessidade para o desabrochar psicológico de sua sexualidade.* A mulher precisa de uma segurança profunda de amor permanente para que possa desabrochar sexualmente. Rollo May, psiquiatra dos E.U.A., em um dos seus estudos, fala na frigidez sexual da mulher, dizendo que essa aumentou enormemente diante da insegurança gerada pela lei do divórcio. Elisabeth Lukas, logoterapeuta de Munique e assessora da juventude dessa cidade, fala na frigidez em moças, nunca antes verificada em tão elevado grau, moças que nem sequer chegaram a unir-se em casamento. A mulher não precisa testar sua capacidade sexual, como se induz hoje a juventude a pensar. Testando sua sexualidade diretamente, ela, provavelmente, fracassará. Mas sentindo-se envolta na segurança do amor de seu marido, não só terá naturalmente o seu orgasmo, mas ainda poderá resolver muitos dos possíveis problemas psicológicos da infância ou adolescência que estejam relacionados ao sexo. É assim que quis sabiamente a Mãe Natureza: que a

mulher, refreando naturalmente as intimidades sexuais, desse ao homem tempo e oportunidade para vir a conhecer o verdadeiro amor, e que ele, por sua vez, fosse levado pelo amor autêntico e a delicadeza correspondente a criar para sua mulher o clima de segurança para o pleno desabrochar sexual dela. Em outras palavras, genericamente é assim a psicologia cpmplementar de homem e mulher: a mulher conduz o homem ao amor e este a conduz ao prazer sexual; encanto da natureza conjugal e da harmonia sexual, que vem sendo destruída e desequilibrada pelos próprios casais, que tanto querem ser felizes!

A *quinta* explicação para a existência e permanência do amor conjugal, apesar dos desajustamentos no relacionamento, é a *convivência* do casal. Os antigos, que pouco se casavam por uma escolha de amor, valorizavam muito a união de amor resultante da convivência conjugal. Dizia-se à moça: “Case! O amor e o entendimento virão depois!” De fato, não se pode permanecer indiferente a uma pessoa que conosco vive os momentos mais íntimos, os momentos de alegria e de tristeza, a indescritível emoção do nascimento de um filho, fusão dos dois. E a partir da união profunda dessa convivência é que se pode dizer: “A simbiose conjugal, de nível inconsciente, não se parte!”

Na experiência pela ADI constataram-se todos esses fatos que confirmam a observação do cabeçalho desse capítulo. Mas a TIP não se contentou em apenas constatar esses fatos. Ela respondeu ao que constatou, criando recursos técnicos de acordo com o que afirma e conseguiu assim remover os traumas, curando o paciente. Portanto, com os resultados dos recursos utilizados, a nossa experiência comprovou que os cônjuges, apesar de suas dificuldades de relacionamento, ainda se amam, como continuaremos a ver através dos próximos dois capítulos sobre o mesmo tema conjugal.

3.3.4 O RELACIONAMENTO CONJUGAL

O relacionamento conjugal é caracterizado não só por

atitudes conscientes, mas por influências da psicologia complementar do homem e da mulher, e pela carga psíquica inconsciente que cada um traz de seu passado.

Acabamos de ver que a tendência inconsciente de todo *homem,* quando procura a companheira complementar de sua vida, pelo casamento, *é procurar alguém que,* dé certa forma, *dê continuidade ao elo afetivo-emocional dele com sua mãe.* Da mesma forma *a mulher procura, no marido, a continuidade afetivo-emocional de seu pai.* Na terapia, isso se evidencia renovadamente com cada caso tratado, não deixando dúvidas quanto a esta observação. É esse um comportamento inconsciente, mas verificado em todos os casos clínicos.

O problema surge quando, através dessa transferência do pai para o marido ou da mãe para a esposa, são transmitidas também as mágoas, as frustrações, as carências, os ódios, enfim, as necessidades não adequadamente atendidas pelos pais na adolescência, na infância, na fase do útero materno. O companheiro conjugal, sem o perceber, cobra do outro essas falhas, porque a criança insatisfeita pelo inconsciente não cresce, não evolui do estágio em que se sentiu traumatizada. E quando essa pessoa se casa, sente-se ela com suficiente intimidade para projetar seus sentimentos mais profundos sobre o cônjuge.

Para atender a esse tipo de problema do psiquismo conjugal, a abordagem direta do I é o método ideal. Parece-nos, sinceramente, pelas tentativas que já fizemos através de mais de 20 anos no trato de problemas familiares, que o casal raramente se abrirá em nível consciente para olhar dentro de si e verificar que grande parte das queixas feitas sobre o outro não são defeitos desse outro, mas apenas a projeção dos problemas que ele, paciente, sofreu junto do pai ou da mãe. Durante o processo de terapia, porém, o paciente, mesmo que tenha apresentado, na anamnese, apenas problemas conjugais, afirmando que foi feliz até o dia do casamento, precisa ele submeter-se ao processo retroativo e

reviver suas emoções infantis. O processo de compreensão das suas projeções torna-se, então, automático. Ao reviver seus próprios sentimentos, ao criticar o pai ou a mãe e ao poder corrigir a imagem deles “dentro de seu inconsciente”, o paciente distingue com nitidez suas projeções, consegue isolar a mãe da esposa ou o marido do pai, e esvazia, de imediato, esse conteúdo agressivo do seu relacionamento conjugal. A memória irrestrita do inconsciente permite ainda que, numa etapa seguinte, o paciente compreenda também quais as projeções mútuas que a esposa ou o esposo estão fazendo entre si. Com isso se consegue, muitas vezes, resolver o problema conjugal através de um só dos parceiros, que depois se dirige ao outro num diálogo mais franco e aberto ou que, ao menos, sabe responder agora, positivamente, às projeções de seu cônjuge.

Um segundo aspecto que se evidenciou da experiência é que *a mulher identifica-se inconscientemente à mãe e à maneira de a mãe ter tratado o pai, e o homem identifica-se inconscientemente ao pai e à maneira deste ter tratado a mãe.*

Mais uma vez, aqui, o método da abordagem I torna possível que o cônjuge aceite essa realidade. Por diversas vezes, até por motivo de teste, perguntamos a um paciente, que se queixava de sua vida conjugal, como eram os seus pais e se ele (ou ela) não achava que procedia de maneira semelhante a um deles. Inúmeras vezes o paciente negava de forma veemente esta comparação. Para reforçar sua opinião, esse paciente, homem ou mulher, explicava o quanto desprezava a atitude da mãe com o pai ou deste com ela e que *jamais* agiria da mesma forma. Mas a visualização sobre o nível inconsciente enfoca um novo ângulo, livre de racionalizações e mecanismos de defesa. E o jogo puro da verdade, que o próprio paciente identifica. Em tais momentos, já não se defende. Em geral, a surpresa da descoberta de uma verdade diferente faz com que o paciente esboce repentinamente um sorriso encabulado, principalmente quando minutos antes negou definitivamente sua

semelhança com pai ou mãe no trato com o cônjuge. Quantas mágoas, quantas discussões conjugais que, às vezes, duraram anos e levaram até casais à separação, desmancham-se nesse instante em que o paciente vê claramente na pessoa do cônjuge o que ele realmente é, distinguindo disto o que para ele tem transferido. Centenas de casais já se recuperaram, em curto espaço de tempo, por essas redescobertas de si mesmos, sobre o nível I. E os maiores beneficiários são os filhos, cuja transformação é também quase imediata, pela irradiação do inconsciente positivo dos pais.

Para ilustrar esse tipo de problema conjugal, veja-se o resumo de um caso clínico: a paciente queixou-se, primeiramente, de sua vida conjugal. Sentia-se infeliz, não confiava no marido. Estava sempre atenta para telefonemas, vasculhava-lhe os bolsos e sua roupa para ver se encontrava um vestígio de infidelidade conjugal. A paciente, após 15 anos de casada, nunca encontrara prova concreta de infidelidade de seu marido. Mesmo assim, simplesmente não conseguia confiar nele. Em torno desse ciúme doentio, o casal discutia muito. As discussões e as mágoas interferiram também em seu relacionamento sexual. Toda vez que a paciente desconfiava de alguma infidelidade, tinha um acesso de asma, outras vezes, alergias violentas, o que se refletia no trabalho do marido e nos negócios.

A paciente nunca pensara em fazer tratamento psicológico por causa desse problema. Achava que "era assim mesmo", que "os homens todos são infiéis", que a mulher deve "confiar desconfiando sempre", que não pode abrir muito seu coração. Aconteceu, porém.
que a filha dela, de 18 anos, brigara com o noivo, um "ótimo rapaz", e, ao conversar com os pais, dissera apenas: "Eu fiquei com medo de gostar muito dele!... Não sei ficar fria e distante que nem a mamãe e não confio nele. Sei que vou sofrer muito se eu gostar realmente dele. Prefiro não casar!"

Alguma coisa fez com que essa mãe percebesse que o problema da filha estava ligado a ela: "Acho que minha filha saiu igual a mim", diz a mãe ao terapeuta, "e não quero que ela sofra como eu!"

No processo retroativo, a paciente (mãe da noiva) viu, de imediato, que também a sua mãe vasculhava os bolsos de seu pai, enquanto falava a ela, sua filha, que tivesse cuidado com os homens e nunca confiasse neles. A paciente, ao reviver a cena, chorou muito e procurou defender o pai, não queria decepcionar-se com ele, mas a mãe assustava-a cada vez mais. A nossa paciente, nessa ocasião com cinco anos, retirou-se para o quarto e teve, no mesmo dia, a pele manchada por um processo alérgico. Durante a noite, um acesso de asma levou-a ao hospital.

Pelo inconsciente da paciente, foi-se à infância da mãe e, somente lá, encontrou-se uma pessoa realmente infiel: o "avô". Não foi infiel o pai da paciente, nem o marido, nem o noivo da filha.

Veja-se como, nesse caso, facilmente se observam as transferências e as projeções. É verdade que a infidelidade conjugal é um dos traumas mais violentos que uma criança pode viver, porque ela é não apenas uma sensação de rejeição, mas uma "rejeição comprovada". Isso porque, quando um paciente sente que um dos pais está sendo rejeitado pelo outro, às vezes é possível amenizar essa rejeição sentida através de outros conteúdos positivos do inconsciente. Mas quando se trata de infidelidade conjugal, a mãe está *substituindo o* pai por outro homem ou o pai está *trocando* a mãe por outra mulher. O trauma, portanto, é a rejeição total de uma das partes que constituem o psicofísico da criança, é um rompimento em seu eu e a dessensibilização, conseqüentemente, é bem mais difícil.

No exemplo relatado, vê-se também a identificação das filhas com as mães, pois o mesmo procedimento da mãe com o seu pai foi repetido da esposa para o marido e da noiva para o noivo. Observe- se a tendência à repetição através das gerações.

Outra realidade psicológica que influi sobre o relacionamento conjugal é a psicologia diferencial, ou melhor, a *psicologia complementar* do homem e da mulher, o que já foi lembrado no final do outro capítulo.

Existem muitas características que diferenciam

psicologicamente o homem da mulher, visando à sua complementação, mas lembraremos aqui apenas e especificamente aqueles pontos que mais freqüentemente se evidenciam durante o processo de terapia e que exercem maior influência sobre o relacionamento conjugal.

Teremos que começar lembrando a psicologia diferencial do homem e da mulher em relação ao próprio ato do casamento. Referimo-nos à estrutura psicológioa própria deles, independente da influência cultural.

No *homem,* temos a *autotestagem,* já mencionada no capítulo anterior, à qual ele se submete, inconscientemente, antes de assumir o compromisso do casamento. A partir do momento em que o homem percebeu que “a sua rosa é diferente de todas as outras rosas” (Saint-Exupéry) e que realmente ama essa mulher, passa ela a ser muito importante, não só afetivamente, mas psicologicamente para o homem. A “continuidade da mãe” reflete-se também nesse aspecto. O marido precisa sentir-se “grande” no coração da mulher que escolheu. Ele necessita da valorização, da aceitação e de um lugar de importância na família que acaba de fundar.

A *mulher* não tem em relação ao casamento uma decisão tão definida em etapas; naturalmente voltada para o amor, cresce ela aos poucos para a aceitação do casamento, na medida em que se sente amada e segura ao lado de quem vai, com ela, enfrentar a vida a dois. E não é diferente essa realidade interna na mulher que é economicamente independente.

No que diz respeito ao sexo, o *homem* sempre teve facilidade de utilizar-se dele, independente do amor, ou da ligação pessoal com a mulher. Mas, no casamento, esse sexo toma para ele uma nova dimensão, deixa de ser apenas fonte de prazer e torna-se indispensável como complemento de seu amor conjugal.

A *mulher* tem a sua sexualidade mais difusa em seu todo, também em seu psiquismo. Qualquer problema psicológico, preocupação ou mágoa, reflete-se rapidamente sobre a disposição para o sexo.

Em nossa experiência é o problema conjugal

refletido sobre a hora sexual o que mais freqüentemente se evidencia. A negação sexual da mulher, justificada ou não, como atitude consciente de vingança ou de vingança inconsciente por projeções das mágoas com o pai, por indiferença criada propositalmente, como defesa e desculpa, por aversão ao sexo devido à falta de delicadeza do marido, enfim, essa negação sexual aparece numa freqüência impressionante como fonte que realimenta todos os dias os desentendimentos conjugais. A mulher nega-se sexualmente e o marido compreende sua atitude, não só como negação do sexo, mas como rejeição de sua pessoa. No dia seguinte, agride ele sua esposa numa espécie de revanche, e a mulher, por sua vez, afasta-se, cada vez mais, da intimidade sexual. É esse um círculo vicioso do qual nem sempre é fácil descobrir-se a origem, nem o maior culpado, a não ser sobre o nível I, na terapia.

Esse tipo de desentendimento conjugal pode ser exemplificado através do diálogo em nível de inconsciente mantido com uma paciente jovem, que se mostrava agressiva com os pais, dizendo não suportá-los e querendo sair de casa.

Com a paciente em relaxamento e conduzida ao nível de inconsciente, falou-lhe a terapeuta: “Você me contou uma longa história sobre os desentendimentos entre você e seus pais, como você age, como eles agem, etc. Agora, olhando bem dentro de você mesma, descubra qual é o motivo mais profundo que leva você a fazer tanta ‘pirraça’ contra os seus pais!”

Responde a paciente: “Não sei! Eu penso que eles se amam, pois nunca os vi discutindo muito... Mas lá no íntimo me parece que a mesma ‘pirraça’ que eu faço com mamãe, ela faz com o papai... Eu nunca vi nada disso, mas é o que eu sinto na mamãe... É como se ela me provocasse primeiro a ser ‘pirracenta’ como ela!”

Através de uma projeção mental, conduzi então a paciente a colocar os seus pais um diante do outro, e levei-a a entrar no inconsciente deles. Seguiu-se o seguinte diálogo:

Psic.: “Veja agora o que os dois dizem um ao

outro com relação ao que enfocamos."

Pac.: "Mamãe se queixa que papai é grosseiro, não lhe dá atenção nem carinho, e que à noite ele quer que ela o atenda sexualmente... Mamãe está dizendo que acha isso um desaforo... E então se nega... É aí que ela 'pirraça' o papai!"

Psic.: "Vamos ver agora o que diz o papai!"

Pac.: "Ele diz que ama a mamãe, mas que fica com raiva quando ela lhe nega o que ele tem direito de pedir... Ele se sente rejeitado... Acha que, se ela se nega sexualmente, é porque não gosta dele... Então ele fica mal-humorado... Ele não briga, mas se fecha e se distancia... E! Uma coisa puxa a outra!..."

Psic.: "Vamos ao início do casamento... Como é que tudo isso começou?"

Pac.: "Os dois é que não tiveram compreensão um com o outro. Cada um só pensava em si... Mamãe não estava preparada, não sabia nada sobre sexo e afastava papai... Papai não compreendeu... Começou a pensar que mamãe só casara com ele para ter um lugar onde morar e para ter quem a sustentasse!... Às vezes papai tentava ser carinhoso, mas mamãe, sendo 'pirracenta', não cedia... Agora já sei por que eu me sinto agredida por eles: é porque eles se agridem um ao outro!... Perto deles eu me sinto dividida! É uma sensação angustiante! (paciente chora)... É por isso que quero sair de casa!..."

Este trecho, extraído de centenas de casos semelhantes, mostra que a vida sexual, dentro de uma vida conjugal, é para o marido uma "prova de amor", e a rejeição dessa intimidade, uma prova de desamor. Realmente, um marido não consegue compreender que sua mulher o ame, quando o rejeita sexualmente. E sentindo-se rejeitado, ele se vê tentado a ser infiel. O marido, em casos de rejeição sexual da mulher, torna-se, muitas vezes, infiel, não só para atender aos seus impulsos sexuais, mas para compensar essa rejeição, para firmar sua masculinidade com outra mulher ou com outras. Dessa forma, é a própria mulher que, muitas e muitas vezes, gera as condições para a infidelidade conjugal.

A infidelidade conjugal do marido, por outro

lado, mesmo que a mulher não saiba dela, dificulta cada vez mais o relacionamento sexual e conjugal. O desvio da atenção para outra mulher divide a atenção da própria mulher. E a esposa, pela natural intuição feminina, sente algo diferente, o que faz com que se feche mais. Não esqueçamos o que já foi lembrado, de que a mulher necessita da segurança do amor total para que possa desabrochar sexualmente. É esse o motivo por que hoje se encontra tanta moça com problema de frigidez sexual já no meio da juventude, porque não há, psicologicamente, condições de segurança no chamado "amor livre", ou amor sem compromisso mútuo. E é esse também um dos principais motivos por que uma mulher, cujo marido é infiel, já encontra dificuldade em viver com esse marido uma plena harmonia sexual. Por outro lado, quando a mulher é infiel, ela se bloqueia ainda mais decisivamente para o sexo.

Quanto ao caso clínico relatado, cremos que vale a pena falar um pouco do processo que usamos para a terapia do caso, pois mesmo fora da terapia a linha de conduta pode ser experimentada em sua orientação básica para resolver problemas conjugais em geral.

No caso, era preciso curar o relacionamento dos pais, "dentro do inconsciente" da paciente. A atitude de que não somos vítimas, mas que apesar das interferências somos livres para decidir, também esteve presente na base da terapia.

A paciente, em nível mental "inconsciente", com nossa ajuda, iniciou um diálogo com os pais. Disse-lhes ela que os dois no fundo se amavam, mas que estavam infernizando a sua própria vida, há mais de 20 anos, por "pirraça". Alertou seus pais sobre a beleza de uma vida conjugal harmoniosa. Lembrou que poderiam escolher entre viver mais de 30 ou 40 anos nessa mediocridade de vida conjugal e familiar, inclusive arriscando a perder os filhos, ou poderiam, com um pouco de esforço e renúncia, mudar totalmente a vida para torná-la agradável e feliz.

Na medida em que a paciente conversava com os pais mentalmente, observava as reações inconscientes dos pais diante do que dizia. Trabalhamos a questão

até vermos os pais unidos. E, nesse ponto, a paciente também estava curada. Em sua casa, não ficaria angustiada, como vítima, mas agiria no momento oportuno, assumindo o problema dos pais para resolvê-lo.

A oportunidade de falar aos seus pais surgiu logo. A paciente, com o inconsciente motivado e preparado, relatou-nos que certo dia, de repente, após a refeição, percebeu o pai e a mãe "pirraçando" um com o outro. No mesmo instante, a paciente falou fluente e corajosamente aos dois, e as palavras lhe borbulhavam da boca. No final da conversa, mamãe chorava e papai foi abraçar carinhosamente mamãe. A partir desse momento, o ambiente na casa da paciente mudou em muito para melhor.

Há outras características psicológicas do homem é da mulher que influem sobre o relacionamento conjugal. São elas, em princípio, sempre complementares, mas quando tomam conotação problemática prejudicam muito a vida do casal e da família.

Assim, a *mulher,* em termos conjugais, tende a colocar-se como passiva e vítima, e o *homem*, como ativo e agressor, neste relacionamento. Isso, quando extremado, leva a sérios problemas: a mulher pode vir a queixar-se do marido aos amigos e aos seus filhos, dizendo-lhes que já não ama ou que nunca amou seu esposo, chorando e adoecendo "de tanto sofrer por causa do marido".

"■ Sobre o nível inconsciente, costuma aparecer, para semelhantes casos, outra realidade: a *mulher,* mostrando-se indiferente ao marido, tratando-o como se dissesse que ele não faz falta dentro de casa, rejeitando-o na hora sexual, etc. t) *marido,* em resposta, querendo impor-se para marcar seu lugar à força, torna-se agressivo e fala alto, passando a ser antipatizado pelos filhos. Em tais casos, foi a mulher que agrediu primeiro seu marido, embora sua agressão fosse velada e não aberta. A facilidade que ela tem como mãe de manter a dependência dos filhos pode fazer com que organize um verdadeiro complô dentro de casa, contra o marido, o que fará com que este, sentindo-se isolado, passe a agredir os seus

cada vez mais violentamente.

Ao lado dessa dupla “vítima-agressor”, aparecem o egocentrismo, a ausência de diálogo, o isolamento dentro da própria casa, a bebida. Há também o orgulho masculino. O *marido,* na maioria das vezes, é o último a admitir que possa estar colaborando para os problemas familiares, é o último a submeter-se a um aconselhamento ou tratamento psicológico. Quanto mais necessitado sente de uma ajuda, mais foge dela. As esposas queixam-se, ainda, muito freqüentemente, das atitudes do marido nas horas de intimidade sexual. Sentem que eles seguem, muitas vezes, o vício da vida sexual de solteiros, colocando, diante de si, na esposa, a mulher-objeto. Ora, isso é insuportável para uma *esposa* que vive, como dissemos, uma sexualidade difundida em todo o seu ser, também psíquica e espiritualmente. A inabilidade do marido é, em grande parte dos casos, responsável pelo afastamento sexual entre marido e mulher.

Costumamos dizer que a *mulher* tem aproximadamente 80% da força conjugal e familiar. Se numa casa colocam-se 12 homens, não teremos uma família. Mas se lá estiverem 11 homens e uma mulher, podemos ter uma família. Nesta figuração, diríamos que os homens ficam lado a lado, firmes e solidamente colocados, como se fossem os “postes” de um círculo fechado. Muito pouco se interligam. Mas uma só mulher pode formar a “cerca”, o “arame” que liga “poste com poste”. Funções complementares do homem e da mulher. O que dissemos pode ser visto como privilégio da mulher, mas é também bem maior a sua responsabilidade familiar. Por isso, quando numa família existem muitos problemas com os filhos, costuma-se pedir à mãe que faça também o tratamento. A mãe, em preferência ao pai. Mas, sem dúvida, quando ambos, pai e mãe, submetem-se ao tratamento, os resultados serão bem mais amplamente compensadores.

São esses alguns dos aspectos que mais se evidenciam no que diz respeito ao psiquismo conjugal. No próximo capítulo, veremos a influência da atitude livre e consciente sobre esse relacionamento.

3.3.5 O REAJUSTAMENTO CONJUGAL

> **Os problemas psicológicos do casal, embora influam sobre o seu relacionamento mútuo, no entanto não o determinam. As decisões conjugais partem da dimensão pessoal, livre e responsável... Assim, o reajustamento conjugal, em princípio, é sempre possível.**

Nos capítulos precedentes sobre problemas conjugais, explicamos que, na quase totalidade, estes são causados, não pela ausência de amor, mas por falhas na expressão deste amor e por problemas psicológicos de ambos, marido e mulher. Abordamos separadamente a questão do amor conjugal e do relacionamento conjugal, do ponto de vista psicológico. Resta, para este capítulo, falar sobre as "falhas de expressão" no amor conjugal e no que estejam relacionadas com as atitudes conscientes, livres e responsáveis.

De todos os aspectos do relacionamento conjugal, são estas atitudes do *eu-pessoal* livre, as "atitudes conjugais", as mais importantes e decisivas quando se visa ao reajustamento de um casal. Pois os problemas psicológicos influem sobre o relacionamento conjugal, mas não o determinam. O ser humano nunca pode considerar-se simples vítima de condições adversas do passado, do destino, do seu psiquismo ou dos problemas de outros, sem cometer uma injustiça para com sua real dimensão humana. A explicação simplista de que um casamento fracassou porque "não deu certo" não fala tanto de um fracasso conjugal quanto da rendição de uma capacidade humana, a de fazer as coisas acontecerem, em vez de submeter-se passivamente a elas. A segunda explicação mais comum de um fracasso conjugal, a de julgar sempre o outro como culpado, também se encaixa na mesma observação. Na realidade, o casamento, quando se desfaz, é porque ambos, marido e mulher, não assumiram, pessoalmente, a *atitude* adequada para acertar o elo de união do seu casamento, elo que se chama "relacionamento conjugal". Ainda que o casal, ao casar-se, fosse imaturo, não medindo as conseqüências do compromisso assumido; ainda que um deles, ou os dois, tivesse apenas fugido de circunstâncias sociais ou ambientes

desagradáveis; ainda que se tivessem escolhido mutuamente, sem muito critério, decepcionando-se, a seguir, com a personalidade do outro; mesmo assim, a *atitude conjugal positiva* oferece condições para a superação desses problemas.

Já lembramos que a gravidade nunca está tanto no problema em si, mas na atitude interior da pessoa que enfrenta este problema. Sobre isto, comenta Elisabeth Lukas: “Todo homem tem seus problemas, mas nem todos adoecem psiquicamente diante deles... Alguns, ao contrário, transformam as preocupações em ativadores das forças humanas e os consideram como oportunidades diante das quais o homem pode mostrar a si mesmo o que é capaz de fazer. Muitas vezes a necessidade se torna vital para que haja um sentido de vida.” (E. Lukas, *in* “Auch Dein Leben hat Sinn”.)

Um casal, quando realmente motivado para o seu reajustamento conjugal, pode criar grandes modificações positivas em seu relacionamento. Para isso, é importante que compreenda, em primeiro lugar, que as dificuldades e as crises conjugais não se assentam tanto sobre falhas isoladas “dele” ou “dela”, mas na ação conjugada dos *dois* sobre o seu relacionamento. Além disso, um mau relacionamento conjugal não é o resultado da soma das falhas de cada um, pois nesse caso tender-se-ia a atribuir maior ou menor culpabilidade ou quantidade de defeitos a um ou outro membro do casal. O *relacionamento conjugal* é o produto final da ação-reação entre as contribuições de cada um dos cônjuges, é o resultado de uma *interação.*

Acreditamos que, se os problemas conjugais fossem vistos dessa forma, se o casal percebesse que, em termos de reajustamento conjugal, não se está à procura de um culpado, mas apenas dos elementos dessa interação que prejudica seu relacionamento, tenderia ele a descontrair-se, a deixar de lado seus mecanismos de agressão e defesa mútua para procurar *olhar em conjunto na mesma direção* e examinar objetivamente a questão que o preocupa.

A *atitude* interior do casal tornar-se-ia, então, mais aberta e sincera e ambos estariam mais

preocupados em *acertar* do que em *ter razão.* O casal estaria mais receptivo para transformar os seus desajustamentos em “ativadores das forças humanas”, como diz Elisabeth Lukas.

Na realização da terapia de problemas conjugais através de um só membro do casal, trabalhamos inicialmente estes dois aspectos: a *motivação* e a *atitude.* A *motivação* levará o paciente a dizer: “Eu quero e sei para que eu quero, portanto, eu posso.” E a *atitude* estimulará o paciente a assumir a responsabilidade do problema conjugal. Essa atitude pode ser expressa mais ou menos assim: “Sou *eu* que quero... O desafio é *meu...* Eu é que desejo ser capaz de resolver esse relacionamento. Eu é que tenho de testar-me para ver se sou capaz! Vou agir fazendo tudo da *minha parte.* E vou agir por *amor.* Amor não se cobra... mas a resposta fatalmente virá. O amor desinteressado é a arma mais forte, porque conquista os corações. Eu já conquistei uma vez minha esposa (meu marido). Hoje existem mais elos de ligação entre nós que naquela época... Por que não seria eu capaz de reconquistá-la(lo) novamente?”

Mesmo que só um dos cônjuges se submeta ao tratamento, é possível colher resultados positivos por meio dessas condutas terapêuticas ligadas à *atitude.* Evidentemente, se ambos, marido e mulher, se colocarem no posicionamento descrito, dentro ou fora de qualquer terapia, então dificilmente um problema de reajustamento conjugal deixará de ser resolvido, ainda que existam problemas psicológicos entre o casal. O amor sempre constrói, curando e transformando. Por onde ele passa, deixa forte rastro e marcas positivas.

O paciente, uma vez que assumiu a atitude de aceitar, ele próprio, o desafio para o reajustamento de sua vida conjugal, precisa agora concretizar esta atitude na prática. E vai ele *concretizá-la,* não através de grandes gestos, mas nas pequenas coisas diárias. Porque são as pequenas coisas acumuladas que geram os problemas conjugais mais graves.

A seguir, relataremos um caso, onde se vê como pequenos descuidos diários podem levar um casal a

infernar sua vida, durante anos, a querer a separação conjugal e, ainda, a pensar que não se ama.

Falou a paciente, na consulta da anamnese: “Sofro há sete anos, desde que meu primeiro filho nasceu. Meu marido, que sempre foi carinhoso, e que não dava atenção à vida doméstica, deixando-a a meu critério, pouco a pouco começou a encher-me de palpites. Após o trabalho, chega em casa, passando logo a fazer críticas sobre a ordem, a localização dos. móveis, a sua roupa que não está bem cuidada. E ele nem sequer é coerente: às vezes critica no dia seguinte o oposto do que criticou na véspera. Eu e ele começamos a discutir muito. Com cada filho que nascia, meu marido piorava. Passei a fechar-me para ele. Ele me xinga, me chama de incompetente, de ‘pessoa que não presta’, e as crianças correm até junto de mim e me abraçam apavoradas. Essa atitude das crianças parece deixá-lo com mais raiva ainda. Volta-se, então, para as crianças e diz a elas que não podem confiar em mim, que eu não tenho cabeça para nada ... Nós nos amávamos muito! Eu deixei a minha terra e o acompanhei, ficando sozinha com ele. Eu não sei o que aconteceu conosco, mas eu acho que nosso amor acabou! Eu quero me separar dele!”

Quem ouve a história dessa mulher, provavelmente concluirá que a paciente tem um marido neurótico que precisa urgentemente de tratamento; ou, então, conclui que se deva dar razão à paciente, apoiando-a na idéia de separação do marido. No entanto, com qualquer uma dessas soluções resolveríamos apenas aparentemente o problema enfocado, além de criarmos mais outros tantos problemas diferentes.

Antes de tomar partido a favor dessa mulher, é preciso lembrar que o marido, para passar de “carinhoso” a “neurótico”, também deve ter sofrido. Alguma coisa fê-lo mudar. Jogamos essa questão à paciente e ela respondeu prontamente: “Está-se vendo que ele tem ciúmes dos filhos! O que eu posso fazer? Preciso cuidar dos meus filhos, não preciso?”

Em resposta, perguntamos-lhe: “O que está você fazendo, toda noite, quando seu marido chega a casa?”

A paciente, surpresa com a pergunta, respondeu:

“Estou lá no quarto, ocupada com os meninos!” “Você ouve seu marido chegar?”, insistimos. “Ora, se ouço!”, disse ela; “ele faz um barulhão danado e bate a porta com raiva!”, explicou a paciente. “Diga-me”, continuamos, “o que fazia você, nesta hora, antes de seu primeiro filho nascer?” “Eu... é, eu esperava por ele! Não tinha o que fazer! Esperava por ele na porta!”, respondeu a paciente. “Nesse caso, objetivamente falando, quem mudou primeiro, foi ele ou foi você?”, perguntamos mais uma vez. A paciente compreendeu, sorriu e jus- tificou-se: “E que hoje eu tenho trabalho demais! Já não posso dar-lhe atenção!”

O diálogo desta consulta ainda continuou. A paciente compreendeu que seu marido, na realidade, não a esíava criticando, nem à arrumação de sua casa, mas reclamando atenção e carinho, que repentinamente lhe foram negados. Inconscientemente o marido sentiu-se “substituído” e “sobrando” naquele lar, e isto o fazia sofrer a ponto de neurotizá-lo.

Este caso conjugal foi tão simples de resolver que não precisou de tratamento. Tentamos apenas mostrar à paciente que os pequenos descuidos dela fizeram com que o marido pensasse que ela já lh

eObserva-se, no caso relatado, a presença simultânea do problema psicológico ao lado da atitude consciente e livre. Os problemas psicológicos, inconscientemente, sugeriram às duas mulheres a permanência em atitudes prefixadas: a mãe agia por vingança inconsciente, e a filha, por identificação à mãe. Mas a existência de problemas psicológicos não impede que a pessoa tome consciência deles e que se esforce para uma mudança de atitudes ou para uma mudança de *caráter*, conforme diferenciação já feita anteriormente. Uma das teses mais defendidas por Viktor Frankl é a do "homem responsável" em qualquer circunstância. O próprio Frankl foi testado duramente nesta sua tese na época em que se encontrava em campos de concentração. Mas foi graças a esta tese e graças à sua crença em um "sentido" que deve ser procurado e pode ser encontrado em tudo que o homem vive, que ele e seus companheiros sobreviveram a esse confinamento terrível.

A fixação em determinadas idéias é também atitude muito comum e, talvez, até mais comum em pacientes homens, no caso, os maridos.

Tratamos de um rapaz, cuja angústia, em todas as idades abaixo de 15 anos, era a distância e a frieza do pai para com sua mãe. Na fase do útero materno, o paciente suava fisicamente de tanta aflição, porque papai não queria tomar conhecimento da existência dele e da gravidez da mãe. Aprofundando o nível inconsciente, foi possível ao paciente descobrir que a mãe engravidara antes do casamento e o pai, desconfiado por natureza, julgou que a mãe "usara de um golpe" para obrigá-lo a casar-se com ela.

A atitude de frieza do pai era motivada pelo orgulho, pelo "não querer dar o braço a torcer", como explicava o paciente. E nessa atitude o pai fixou-se, criando o hábito e distanciando-se para sempre da esposa, embora vivendo sob o mesmo teto! Em resposta, estava aí o filho, ao lado de outros, todos problematizados.

Mais tarde tivemos oportunidade de tratar também do pai. Era ele pessoa no fundo sincera, com desejo de acertar. Ficou indignado consigo mesmo quando

percebeu o tempo que perdeu sofrendo, distanciando-se da esposa que amava e gerando problemas nos filhos por causa de uma obsessão consciente de "fechamento" gerada por uma dúvida, que punha em jogo seu amor próprio.

O que faltou a esse homem foi o *diálogo conjugal.* E assim entramos no terceiro instrumento de solução dos problemas conjugais: depois da “motivação”, depois de uma “mudança de atitudes”, o casal deve preparar-se para um autêntico “diálogo conjugal”.

São as pacientes mulheres que mais se queixam de um marido que não dialoga. Dizem elas: o marido, após o trabalho, chega a casa e se acomoda... Seu trabalho já foi feito. Esforçou-se o dia inteiro para sorrir para a freguesia, para atender o chefe, para relacionar-se bem com todos. Em casa, é o local onde quer sol- tar-se... Quando chega a casa, quer que a esposa e os filhos dêem atenção a ele ou o deixem em paz. Qualquer esforço do dia no lar pode ser dispensado... E, muitas vezes, parece até ser “compensado” quando ele joga sobre os seus as repressões contidas durante o dia, que se manifestam por críticas, ordens, gritos, grosserias.

Se assim acontece, algo está errado. É verdade que o marido pode estar cansado, principalmente se, como nos exemplos citados, apenas ele sustenta a família. Mas é preciso refletir que o trabalho é o “meio” e a família é o “fim”. Trabalha-se para “viver” com a família, não se tem uma família para facilitar um trabalho. E não basta sustentar financeiramente a família! Certo jovem, num grupo de encontro, expressou sua mágoa quanto ao seu pai que só sabia sustentar a família, dizendo: “Meu pai é tão pobre, tão pobre, que só tem dinheiro para me dar!”

Essa inversão de valores precisa ser corrigida, para que, um dia, o pai não tenha que recitar também uma comovente e conhecida poesia que se intitula “meu filho foi embora e eu não o conheci”.

Mas o *diálogo conjugal inicia-se com o casal,* não com os filhos. Havendo diálogo conjugal, os filhos se sentem mais seguros e se aproximam dos pais. E assim acontecerá também o diálogo dos pais com os filhos.

E o diálogo conjugal precisa ser *aprendido.* Na terapia, quando se menciona a importância do diálogo, as esposas reclamam que seus maridos só lhes respondem com monossílabos, e os maridos se queixam que as mulheres deslancham uma cascata de palavras

sem fim e não os escutam.

O diálogo, portanto, é, antes de tudo, *escutar,* saber ouvir. E não ouvir apenas o que está sendo dito, mas o não dito, o sentimento que está por trás do que é verbalizado. Gostamos de lembrar aos casais que “quem está bem não machuca ninguém”. Assim, se um marido ou uma mulher fere o outro, algo não está bem dentro dele ou dela. É preciso treinar a compreender o que se ouve e não apenas ouvir palavras. Ninguém, ao falar, diz apenas palavras. O diálogo pede o sair de si mesmo e o autotranscender- se para o outro, pois só assim o entendimento estará de acordo com a expressão verbal.

Assim, o segundo passo no diálogo é a autotranscendência: ouvir dele ou dela *o que não lhe agrada em mim,* quais os defeitos que ele ou ela sentem em *mim,* o que ele ou ela gostaria que fosse diferente em *minha* pessoa.

Pacientes, mulheres e maridos geralmente compreendem o diálogo como sendo o “desabafo”, como sendo a oportunidade de dizer ao outro tudo o que de errado se pensa dele. Este diálogo não surte efeito positivo. Gera apenas o fechamento, o afastamento, a mágoa, o mecanismo de defesa, a revanche. Exatamente o contrário do que se quer com o diálogo.

Uma das técnicas que costumamos usar em terapia conjugal é a de colocar marido e mulher de costas um para o outro para que, primeiramente, desabafem suas queixas. Normalmente, esse desabafo é demorado e precisa ser interrompido, porque não chega ao fim. A seguir, colocamo-los frente a frente e pedimos que se digam a$ qualidades que percebem um no outro. Em geral, surge então um prolongado silêncio...

Ora, todo ser humano tem defeitos e qualidades. Se não sabemos ver as qualidades no outro, isso não quer dizer que o outro não as tenha, mas que nós temos mais um gravíssimo defeito: o de não saber ver os outros como realmente são; o de nos termos acostumado a só ver coisas negativas nos outros. Isso pode ser o reflexo de um autoconceito negativo, de uma concepção de pobreza de nossas próprias qualidades. E é uma tendência à inveja e ao ciúme.

i

Pelo fato de não nos valorizarmos, não queremos admitir que os outros tenham valores.

Na terapia, é por esse meio que se percebe qual o cônjuge que necessita, mais urgentemente, do tratamento: é sempre aquele que vê menos qualidades no outro cônjuge.

Diálogo conjugal é, por outro lado, muitas vezes, a necessidade de assumir atitudes firmes e enérgicas, pois firmeza também faz parte do amor. Diálogo não é apenas dizer sim, ser submissa, como muitas pacientes mulheres interpretam nossa orientação de “mudança de atitudes” e “diálogo”. O casal deve ajudar um ao outro a crescer, a caminhar para a sua auto-realização, individualmente e como casal. A responsabilidade conjugal não pede apenas que os dois se entendam bem, mas que impulsionem o outro a desabrochar plenamente, com todas as suas potencialidades.

Ao decidir-se por uma atitude enérgica, deve-se ter o cuidado de não confundi-la com uma teimosa imposição da própria vontade. É importante esquecer um pouco de si e examinar a atitude a tomar, focalizando-a sobre o outro e sobre o interesse familiar; é preciso autotranscender-se para agir equilibradamente.

Um paciente, com o qual trabalhamos essa atitude, havia casado e mudado para outra cidade, longe dos seus pais e dos pais de sua mulher. Mas a mulher continuava presa à sua família. Dizia “morrer de saudades” e, todo mês, exigia do marido uma viagem até a sua terra para ver a mãe. O marido atendeu à sua mulher durante o período de um ano. No íím desse tempo, após o dia em que verificou a alta conta telefônica ao lado da grande despesa de passagens, foi procurar-nos para pedir orientação.

Fi-lo compreender que ele precisava ajudar a sua esposa a assumir o casamento. Continuava ela com o cordão umbilical preso à mãe e não se apercebia que estava perdendo a oportunidade de formar com seu marido a simbiose conjugal. A respeito disso, diz bem o livro dos livros, a Bíblia: “... deixarão pai e mãe e serão uma só carne”.

Colocando a citação no sentido negativo, diríamos: “... se o casal não deixar pai e mãe, *não formará* uma só carne”. E esse é um problema muito freqüente nos casos conjugais: uma mulher ou um marido que no íntimo ainda não assumiram seu casamento e por isso não chegaram a criar uma simbiose conjugal de comple- mentação com o outro. Semelhante vida conjugal torna-se fraca, pouco resistente para as dificuldades ou crises conjugais e familiares.

A esposa do caso acima, portanto, precisava ser corrigida para o bem do casal e o bem dos filhos, pois o primeiro estava por chegar.

O próprio marido, compreendendo que sua atitude seria de amor para fazer a esposa crescer psiquicamente, achou a solução quando a esposa pediu-lhe novamente uma passagem; ele, em vez de dar-lhe ida e volta, deu-lhe apenas a ida. E quando a esposa depois solicitou a passagem de volta, ele se fez de desentendido e deixou que ela pedisse pela segunda e pela terceira e, ainda, por uma quarta vez. A esposa ficou cismada, compreendeu o recado, pediu uma passagem ao seu pai e retornou, dessa vez para ficar ao lado do marido.

A energia às vezes precisa ser utilizada com os familiares de um ou de outro cônjuge, para que respeitem a nova unidade conjugal. Um casal, com apenas três anos de casado, estava prestes a se separar. A família do marido, acostumada a depender financeiramente desse rapaz, continuava com seus pedidos de ajuda. A mulher, embora tentasse compreender, quis, pouco a pouco, pôr um limite a essas despesas, principalmente porque já haviam nascido dois filhos do casal e eles necessitavam de certos cuidados que não lhes podiam ser dados, pela falta de recursos suficientes. A família do rapaz, ao perceber que a esposa deste estava interferindo na ajuda financeira que ele lhe dava, começou a hostilizá-la, primeiro velada e depois ostensivamente. O rapaz ficava entre a família e a esposa e, por não definir-se, começou a ser rejeitado por sua mulher.

i

A solução foi trabalhar uma “mudança de atitudes” do casal. Após uma consulta em que se debateu o assunto, ambos decidiram impor-se à família como “casal unido” e “de uma só opinião”. O marido dizia à família que seus recursos pertenciam a ambos, marido e mulher, e que ele só forneceria algo à família se ela também concordasse. Bastou essa atitude para que o problema passasse a ser resolvido, ao menos sob dois aspectos: a família compreendeu que, em vez de hostilizar, precisava agradar a mulher de seu membro familiar; a partir daí, solicitava apenas o essencial, e passou a respeitar os dois como “unidade conjugal”.

Citamos esse exemplo, porque também o problema de o marido e a mulher considerarem o que ganham sendo apenas seu, com direito de gastar sem consultar o outro, é muito comum. Os maridos esquecem-se de que suas esposas, se dependem deles financeiramente, estão, por outro lado, cuidando do seu lar, de seus filhos e *têm direito de dispor sobre a metade do salário livre.* De todos os sofrimentos, o que tem sido julgado como o mais insuportável pelas mulheres é o de “pedir dinheiro ao marido e vê-lo discutindo o assunto”. Evidentemente pode e deve existir o diálogo sobre a questão entre marido e mulher. O que farão com a renda que sobra deve ser decidido pelos dois. Sem dúvida, é comum também a queixa do marido: “Minha mulher não sabe lidar com dinheiro, ela acaba com tudo.” Ora, também isso é assunto de diálogo. Diga-se isso à mulher e tente-se ajudá-la a aprender a lidar com dinheiro, que não é nem dele, nem dela, mas da *família.* Para que o diálogo possa ser realmente diálogo, deve- se considerar hora e local adequados e escolher uma forma delicada e amiga de se expor o assunto.Uma última atitude enérgica deve ser lembrada em relação à infidelidade conjugal. É esse um problema mais comumente sofrido pelas mulheres, embora hoje se encontrem também muitas esposas sendo infiéis aos seus maridos e até mesmo abandonando os seus próprios filhos. Mas a atitude à qual queremos nos referir é a da esposa que convive pacificamente com a situação de um marido que ora fica com ela, ora com a outra. A situação é muito delicada e é difícil criar uma reação-resposta de equilíbrio. Seria preciso ver cada caso em particular. De qualquer forma, é importante que a esposa tenha em mente que não pode deixar seu marido acomodar-se à vida dupla, que precisa, *para o bem dele também,* tomar certas atitudes mais enérgicas que o impulsionem a decidir-se. Geralmente um homem que convive com duas famílias já é uma pessoa de personalidade fraca e acomodada, que precisa de quem o impulsione para que assuma sua responsabilidade. Pois sua atitude gera nele sentimento de culpa e de autopunição. Ele se afastará de Deus e o tempo levará esse marido a autodestruir-

se. Assim, é de obrigação conjugal e cristã ajudar a um homem ou a uma mulher infiéis a normalizarem sua vida conjugal e familiar.

Outro instrumento básico para o reajustamento conjugal é a *espiritualidade.* Somente a espiritualidade é capaz de vencer o egocentrismo e somente sem egocentrismo é possível existir uma vida a dois, de simbiose conjugal.

Quando o cônjuge vive sua espiritualidade conjugal, verá no outro alguém que lhe foi entregue e em relação a quem haverá uma prestação de contas. Em suas orações, estará vendo em Deus alguém que ama a ele e ao cônjuge, sem preferências. Da mesma maneira sentirá ele que Deus aprovou a sua união conjugal; e se a aprovou, há nessa união uma missão a cumprir, ainda que difícil. O cônjuge que compreende a espiritualidade conjugal sabe que a renúncia e os sacrifícios para o bom entendimento com o outro, o carinho e os encontros sexuais têm uma dimensão que ultrapassa, que transcende o puramente natural e humano. Para quem vive a dimensão espiritual do matrimônio, as idéias de que possa ter havido engano na escolha mútua ou que não houve amor no casamento perdem seu significado, uma vez que a força total da atitude interior é dirigida apenas num sentido, a de que a vida conjugal *precisa* dar certo.

Por todos esses motivos, mesmo que fosse por uma análise puramente psicológica, é-nos difícil acreditar na existência de uma união conjugal autêntica e, conseqüentemente, de uma harmonia sexual plena em casais que não vivem ou não se esforçam por viver uma espiritualidade conjugal. Confessamos que, durante essas dezenas de anos de convivência constante com casais e seus problemas, podemos ter encontrado cônjuges que ainda não conseguiram resolver seus problemas, apesar de uma certa espiritualidade conjugal; mas nunca encontramos um casal que vivesse a autêntica harmonia conjugal sem que tivesse espiritualidade.

Não nos cabe, como psicóloga, entrar no campo direto da espiritualidade conjugal. Mas queremos deixar aqui os caminhos pelos quais os casais podem

encontrá-la. Podemos sugerir, em primeiro lugar, os encontros de casais organizados, com diversos nomes. Tais encontros procuram fazer a revisão de todos os aspectos conjugais e não só da espiritualidade. O casal é conduzido a viver uma experiência que jamais esquecerá e que sempre beneficiará a ele e aos filhos.

Sabe-se da resistência que, muitas vezes, é oferecida pelo cônjuge masculino a este tipo de encontros. O receio é o mesmo que o afasta- da psicoterapia. É um temor ligado ao seu amor-próprio, o medo de ser descoberto em sua intimidade, em ser revelado. No entanto, nem na psicoterapia, nem nos diversos encontros de casais, uma pessoa é forçada a abrir-se. Acontece, ao contrário, o despertar de valores muito maiores que a pequenez daquele orgulho, que acaba sendo esquecido durante os encontros.

Ao lado dos encontros de casais, existem os bons livros, entre os quais, no Brasil, se distinguem os de João Mohana. E, sem dúvida, é a vivência da Fé, a oração em comum, a prática religiosa, autenticamente vivenciada, que dão ao esforço de reajustamento conjugal a dimensão transcendental. Esta dimensão aplaina as arestas onde o casal não consegue fazê-lo e torna suave até mesmo a luta mais pesada da vida conjugal.

Concluindo: se o casal colocar todos os seus problemas e dificuldades dentro do enfoque dos instrumentos aqui mencionados, da motivação, da mudança de atitudes, do diálogo e da espirituali-dade, formará as quatro extremidades de uma cruz. E a cruz, como em Cristo, pode significar, no início, a renúncia, o sacrifício, a doação e a morte de si mesmo, resultando, porém, logo depois, numa alegre e compensadora vitória, que não só alcança o reajustamento conjugal, mas que lança o casal para muito além, rumo ao processo vivo e dinâmico da harmonização e complementação conjugal plena.

IV Parte

A TERAPIA DE INTEGRAÇÃO PESSOA

LA METODOLOGIA TIP

4.1.1 PROCESSO EVOLUTIVO

4.
1

A Terapia de Integração Pessoal, partindo de observações empíricas, estruturou-se como metodologia teórico-formal de tratamento psico- noossomático e consolidou-se após uma expe- riência-piloto realizada por uma equipe interpro- fissional.

A Terapia de Integração Pessoal ou TIP surgiu da preocupação de oferecer a pacientes uma possibilidade de tratamento de *abordagem única* e *globalizante* para os seus múltiplos sofrimentos.

Em sua evolução histórica, na fase anterior à sua estruturação como método, concluímos, a partir da observação e da experiência no trato com doentes físicos e psíquicos, que uma terapia, para que pudesse abranger o ser humano integralmente, deveria ser aplicada diretamente sobre o *inconsciente.*

De fato, como se deve ter observado durante o desenvolvimento dos textos anteriores sobre o inconsciente, é possível localizar rapidamente a causa primeira de qualquer doença, perceber as emoções que a envolveram na ocasião, distinguir a programação condicionada dos males psiconoossomáticos, compreender toda a estruturação que se concretizou sobre esta base deformada e, ainda, saber quais as influências disso tudo sobre a vida atual. Por outro lado, descobrem-se sobre o inconsciente os recursos que o paciente dispõe para eliminar essa cadeia negativa. Pode-se, assim, tratar, com uma única abordagem, os problemas de origem física, psíquica ou noológica. E, por destruir-se a raiz do mal, o processo elimina também as ramificações, ou seja, os muitos sintomas assentados sobre uma só causa, que somem, em conse- qüência.

A questão que se nos colocava era apenas o “como”

realizar esta abordagem do inconsciente de formfa técnica, sistematizada e metódica. A criação e a evolução desse'método é, portanto, o assunto deste capítulo.

Fase inicial

Existem instituições que realizam o tratamento de pessoas psíquica ou fisicamente doentes por meio de pessoas "intuitivas" ou "sensitivas". Para quem observa estes processos, é possível notar que a área atingida por tais recursos é o inconsciente do paciente. Pessoalmente, nós nos submetemos a estes instrumentos terapêuticos e surpreendemo-nos com os seus efeitos benéficos. Decidimos dedicar-nos também, durante alguns anos, a essa prática, para ajudar a outros doentes. Mas a nossa preocupação, desde o princípio, voltava-se para o objetivo de estruturar um sistema mais técnico de atendimento. Ao assumirmos um cargo diretivo numa das mencionadas instituições, tivemos, então, a oportunidade de melhor observar, avaliar, julgar e agir em função de nossos propósitos.

A experiência que tivéramos com nosso próprio tratamento e a observação contínua do tratamento realizado em outras pessoas conduziram à verificação de respostas repetitivas e similares em função de estímulos semelhantes. Tais respostas eram replicáveis e permitiam tecer relações funcionais entre si. Lançava-se, assim, uma primeira base para uma organização do processo de tratamento. A partir daí, estabelecemos as primeiras normas e os procedimentos técnicos uniformes dentro da instituição. Definimos uma seqüência ordenada no tratamento e especificamos as condutas terapêuticas para cada etapa. O processo de terapia passaria a obedecer a técnicas definidas. O paciente, antes passivo, tornava- se agora um colaborador ativo, aprendendo, ele próprio, a discernir em si as manifestações conscientes das inconscientes e a reelaborar sobre o inconsciente a substituição dos registros negativos por positivos.

Observamos também que a abordagem do inconsciente atingia o paciente não apenas nas causas prüheiras dos sintomas queixados, mas no âmago mais profundo do seu ser, abrangendo-o, sem exceção, em todas as direções. O paciente, a partir dessa abordagem,

manifestava compreensões isoladas da natureza ontológica e nooló- gica do ser humano e tornava-se importante que o terapeuta respondesse adequadamente a essa manifestação, que unificasse essas verbalizações esparsas. Por conseguinte, não bastava que os terapeutas fossem bons técnicos na abordagem direta do inconsciente. Era preciso que tivessem noção de Antropologia Filosófica, uma compreensão da existência de impulsos noológicos ou autotranscendentes e que conhecessem o significado da angústia existencial, a qual impulsiona incessantemente o ser humano para a busca do Absoluto. Percebemos que as considerações do nível noológico do paciente eram básicas para o deslanchar positivo ou negativo da terapia, ou para a quebra ou não da "resistência" psíquica. Identificamos também padrões de comportamento e reações universais do homem, que exigiam uma linha de coerência e unidade para com a sua natureza integral.

Organizamos, então, os aspectos ético-filosóficos, redigindo uma apostila sobre "princípios e normas", mais tarde anexada como segundo capítulo a um documento interno daquelas entidades (Princípios Básicos da Escola Noossofrológica). Simultaneamente, especificamos a denominação para a terapia, os objetivos, os significados, a abrangência dos problemas humanos a serem tratados, as delimitações, a maneira de realizar-se um trabalho de equipe, entrosado e complementar, entre as diversas áreas, e outros detalhes (GRJ Moraes, "Terapia Noossofrológica").

Gradativamente, surgia desta forma uma sistematização de trabalho técnico, com especificações de bases antropofilosóficas, com teorias ajustáveis à linha médica e técnicas da Psicologia. Delinea- va-se a metodologia de abordagem única e de abrangência integral do ser humano a ser aplicada sobre o inconsciente.

Após a publicação de alguns artigos e a redação de monografias, fomos convidados para um Congresso de Parapsicologia (Rio, maio de 1979). Lá apresentamos, como conferência inaugural, os aspectos ético-

filosóficos de uma nova metodologia e lançamos, então, oficialmente, dois livros sobre o assunto. No primeiro, que intitulamos “Terapia Noossofrológica”, descrevemos os traços básicos dessa nossa metodologia, que hoje evoluiu para a Terapia de Integração Pessoal e a qual, na época, denominamos de Método de Terapia Noossofrológica ou MTN. No segundo livro, chamado “Psi- coterapia do Mongolóide”, trabalho baseado nos mesmos princípios, dissertamos sobre os fundamentos para uma terapia destes pacientes e para deficientes em geral.

A tônica da fase evolutiva inicial do nosso método foi, portanto, a elaboração de princípios e a *formulação teórica* gerada a partir da prática clínica e da observação sobre a natureza do homem integral; como se evidencia ele a partir do inconsciente, a importância de sua dimensão noológica para a terapia e a possibilidade de se realizar um tratamento mais rápido e eficaz quando este é aplicado metodicamente sobre o inconsciente.

Fase experimental

Em 1980, por insistência da comunidade de Belo Horizonte e com a colaboração de um grupo de voluntários, criamos nesta capital uma clínica administrativamente filiada à entidade onde atuáramos desde o princípio da elaboração do método, mas já com a autorização de fazermos a implantação experimental de todo o acervo prático-teórico acumulado durante os cinco anos anteriores.

Selecionamos criteriosamente uma equipe de profissionais; dois médicos, oito psicólogos, duas pedagogas, um assistente espiritual e três auxiliares de terapia. Foram os técnicos e auxiliares submetidos ao próprio método a ser implantado. E isso era importante não apenas para que os terapeutas se libertassem de seus problemas, mas também porque a mente inconsciente é naturalmente vedada ao consciente, e somente quem aprende a desvendá-la para si mesmo sabe entender suas manifestações específicas no outro. Só o terapeuta tratado e treinado sabe identificar as revelações autênticas, diferenciá-las das fantasias e conduzir adequadamente uma terapia sobre o inconsciente.

Na fase experimental, centralizaram-se os enfoques sobre a instrumentação, sobre as descobertas de novos conteúdos do inconsciente e, em função disso, sobre técnicas específicas de abordagem desse inconsciente. Realizava-se o trabalho técnico, com nossa responsabilidade e supervisão, acompanhado de entrevistas assíduas com os técnicos, reuniões periódicas, trabalho de pesquisa e registro estatístico. Pouco a pouco, a experiência firmava-se, comprovando a teoria elaborada na primeira fase da evolução da TIP, mas também enriquecendo-a, alargando-a e permitindo uma especificação cada vez mais precisa de conteúdos e variáveis.

Nesse ponto da evolução do método, já era possível perceber uma inclinação divergente do ponto de partida. A descoberta de realidades objetiváveis do nível inconsciente, a inovação de técnicas para novas situações, o surgimento de maior número de hipóteses, a experimentação sobre as mesmas e os resultados obtidos criavam uma dinâmica crescente de formação de quadros de referências, os quais, por sua vez, como se fossem patamares, lançavam para novas proposições hipotéticas e teóricas, alicerçando sempre mais profunda e amplamente a metodologia visada. E a “sensitividade” ia cedendo o seu lugar a essa sistematização técnico-experimental-teó- rica. Embora o “sensitivo”, ou seja, uma pessoa com grandes capacidades paranormais, nunca fosse afastado da equipe terapêutica, sua função, pouco a pouco, /flá não fazia parte integrante da metodologia, passando para a de auxiliar especial, de assessoramen- to e de orientação ao psicoterapeuta ou médico da equipe, quando esse sentisse que a sua ajuda poderia beneficiar o paciente. Da mesma forma, o processo de “regressão de idade”, que antecedeu a metodologia e que era um instrumento diagnóstico acrescido, prin- cipalmente, de sugestões e condicionamentos para eliminação apenas de traumas assim descobertos, evoluiu para uma ampla reativação da memória inconsciente.

A reativação da memória do inconsciente, a RMI da TIP, em muito se diferencia da simples “regressão de idade”.

Pela reativação da memória inconsciente, o processo terapêutico torna-se muito mais abrangente e mais consistente. A RMI é a dinamização do potencial inconsciente como um todo. A RMI permite a maleabilidade de procedimentos e de seqüências, para que haja um melhor ajustamento a cada caso a ser tratado. Pela RMI, o "crescimento psíquico" e a "reestruturação", ou seja, o "processo progressivo", podem ser antecedidos ao processo retroativo (regressivo). Os outros conteúdos I, diferentes dos traumas, podem também ser reativados e, conseqüentemente, a "cura" não se realiza apenas pela "eliminação de males", mas pela substituição do conteúdo negativo pelo positivo, que pode ser também a valorização do sofrimento. O processo de tratamento e a cura da TIP são ativamente participados pelo paciente. O processo diagnóstico sobre o passado, essencial na "regressão", pode tornar-se secundário no processo retroativo diante do despertar dos valores pessoais do paciente. Pela RMI, o passado pode ser menos reativado que características inconscientes referentes ao momento atual ou importantes para o futuro. A RMI não posiciona o paciente como passivo sofredor, nem o limita ao passado, mas permite que ele se surpreenda como o colaborador de muitos problemas que sofreu e com capacidade de reformular suas atitudes sobre este passado. Pela RMI, pode-se reestruturar a personalidade a partir do *eu-pessoal,* que resume a essência da pessoa, lançando-se o paciente em direção a uma vida mais plena de saúde e de sentido.

O processo RMI encontra respaldo científico nos trabalhos do neurocirurgião e cientista Wilder Penfield. Veja-se, a seguir, alguns destes embasamentos, conforme o autor (Penfield, "Mistério da Mente"):

"Há um mecanismo cerebral cuja função é enviar sinais neuro- niais que interpretam a relação do indivíduo com o seu meio ambiente imediato. A ação é automática e subconsciente... Há um outro mecanismo cerebral que pode retornar a uma fase de experiência passada, com detalhes completos *e sem nenhuma*

elaboração fantasiosa, como ocorre nos sonhos do ser humano e deve advir de um mecanismo automático que pode expor um registro que não desapareceu aos poucos, mas que parece permanecer tão vivido quanto quando foi feito. Embora na grande maioria as experiências assim relembradas tenham sido acentuadamente visuais ou auditivas, ou ambas, a percepção de familiaridade não se limita (a elas), mas aparentemente aplica-se a tudo que envolve a consciência. Uma pessoa pode ser considerada como 'já vista antes' (*déjà* vw)..."

O trecho acima explica o que afirmamos em função de nossa experiência TIP de que a evocação de lembranças do passado é possível e acontece como se fosse re.vivida emocional e afetivamente agora. Além disso, as vivências que surgem são "sem nenhuma elaboração fantasiosa", como diz o autor, ou seja, a fuga e a "racionalização" (Freud) não se sustentam neste processo, o que dispensa a "interpretação" dos fatos — como esclarecemos anteriormente quanto à TIP. Ainda vemos que a percepção aplica-se a tudo que envolve a consciência e algo do presente surge como "já visto", o que exemplifica a "atemporalidade" do que chamamos de inconsciente.

Aliás, Ângelo Machado, em seu livro "Neuroanatomia Funcional", também comenta experiências de Penfield, esclarecendo que elas foram realizadas sobre o cérebro, com o indivíduo acordado, e assim os fatos passados surgiam como se estivessem ocorrendo no momento. Isto demonstraria que as impressões passadas são armazenadas no cérebro, de onde podem ser evocadas.

Este aspecto, baseado em Penfield e relembrado por Ângelo Machado, do indivíduo "acordado" que *vive o passado,* fundamenta um enfoque de nossa metodologia que tem sido recebida com surpresa e até com incredibilidade: o fato de que a RMI permite a condução "consciente" do paciente ao seu nível "in-consciente", ou seja, que não se faz a hipnose, mas o paciente mantém a plena consciência enquanto elabora o seu passado sobre o inconsciente. A respeito disso, diz textualmente Penfield *(ibi- dem*): "Ativar com o

eletrodo o córtex interpretativo (da memória) evoca experiências do passado. Repentinamente, o fluxo da consciência duplica-se para ele (o paciente). Ele está consciente do que está acontecendo na sala de cirurgia assim como também do *flashback* do passado. Ele pode discuíir com o cirurgião sobre o significado de ambos os fluxos.”

Neste ponto, o leitor poderia nos colocar uma dúvida, questionando: a experiência de Penfield é uma ação mecânica de um eletrodo sobre o cérebro e a RMI é apenas uma atitude mental que o paciente assume, uma atitude de sua vontade livre de querer mudar seus conteúdos inconscientes. Qual a relação destes recursos diferentes?

Penfield, que durante quase 40 anos teve o privilégio de observar diretamente o cérebro vivo, que fez o mapeamento de respostas a estímulos elétricos e cujas contribuições têm sido consideradas inigualáveis, partiu inicialmente do conceito de que o comportamento humano pode ser todo explicado só pelo mecanismo neuronial. Mas, com o correr do tempo, foi ele concluindo que existe no cérebro uma realidade de uma essência diferente e distinta, que ele chamou de *mente.* Distinguiu em seus conceitos a *mente* — no sentido de “espírito” — do “cérebro” e do “corpo”. O cientista especifica as diferenças, esclarecendo que no cérebro identifica-se claramente o mecanismo sensório-motor-au- tomático, que ele chama de “o computador”, e que é localizado estrategicamente no cérebro, na substância cinzenta do diencéfalo ou do tronco cerebral, ao lado do “mecanismo da mente”, cuja função é diferente, embora ambas constituam o sistema central de integração.

Comparando os dois mecanismos, continua o autor, dizendo: “O comportamento de automatismo (do epiléptico) revela que o cérebro sem a mente e sem o mecanismo mental ainda pode agir... o autômato pode descarregar o (seu) propósito...” Em outras palavras: o que foi planejado, “computado”, pode continuar a ser executado mesmo com a mente ausente, conforme lembramos quanto aos registros e ao “computador” do nível I; “mas o indivíduo fica sem capacidade de

formar novos registros ou novas decisões. E a mente quem dirige. O mecanismo cerebral (apenas) executa... A mente tem energia diferente daquela dos potenciais neuroniais que percorrem os caminhos axoniais... É a mente (não o cérebro) que observa e ao mesmo tempo focaliza a atenção... A mente decide o que deve ser apreendido e registrado. A mente condiciona o cérebro”, conclui Penfield.

Como argumento a favor da independência da mente, apesar de expressar-se pelo cérebro, o cientista se refere à senescência, dizendo que nesta época acontece a degeneração dos tecidos, das funções, “as pernas enfraquecem, o registro da memória abre seu arquivo cada vez mais lenta e relutantemente. No final, o cérebro pode até mesmo falhar. Em contraste... parece que a mente não possui uma patologia peculiar ou inevitável. No fim da vida, ela muda para seu próprio desempenho. Quando a mente atingir um entendimento mais claro e um julgamento mais equilibrado, os outros dois elementos (cérebro e corpo) estão começando a falhar...”.

Continuando seu raciocínio, o cientista explica que, ao ativar ele certos mecanismos sensório-motores do paciente durante a cirurgia, este paciente movimentava os braços, a língua, os olhos, mas argumentava: “Não fui eu que fiz isso, foi você!” Ora, quem agira era o cérebro, era o mecanismo motor do paciente somente, não a sua vontade livre, e isto bastava para que o paciente dissesse: “Não fui eu que fiz isso.”

Provou-se, portanto, em primeiro lugar, a existência de um mecanismo livre e diferente, a “mente”, segundo Penfield, o que corresponde ao *eu-pessoal,* na TIP. Em segundo lugar, o cientista prova que a “mente” — que é o *eu-pessoal* na TIP — pode modificar a realidade de registros passados, quando diz: “É evidente que o mais alto mecanismo cerebral, *impelido pela decisão da mente,* pode executar transações, *atualizando* anteriormente estabelecidos reflexos condicionados, um a um.”

Portanto, o processo da RMI, através da atuação do *eu-pessoal* livre, pode executar o mesmo que o

eletrodo sobre o cérebro — e isto responde ao questionamento que levantamos.

Todas essas considerações o interessado pode estudar em mais detalhes no livro do citado autor chamado “O Mistério da Mente”, donde tiramos ainda a seguinte frase conclusiva sobre o assunto: “É claro que muito é realizado pelos mecanismos automático e reflexo. Mas o que a mente faz é diferente e não é por qualquer mecanismo neuronial que eu posso descobrir (o que ela faz).”

As experiências neurocirúrgicas e de mapeamento do cérebro de Wilder Penfield, portanto, esclarecem cientificamente todo o processo de nossa RMI.

Durante a fase experimental da TIP, da mesma forma como acontece com a RMI, outros ângulos do processo da terapia iam-se aperfeiçoando.

Os trabalhos de equipe progrediam rapidamente. Os estudos aprofundaram-se. Definiram-se os objetivos-fins e especificaram-se os objetivos-meios da terapia. Criou-se terminologia própria, em função de novas descobertas sobre o psiquismo inconsciente. Nova coleta de dados, novas conclusões, hipóteses e teorias emergiam a cada dia dessa experiência.

Delineava-se a unidade da metodologia desde os mais simples passos técnicos até os princípios antropofilosóficos. O método, embora sempre mais enriquecido com novos dados coletados e com renovadas formulações hipotético-teóricas, não esbarrava em contradições.

A experiência-piloto foi encerrada quando a equipe havia realizado 2.600 atendimentos de casos (de acordo com o número de prontuários).

Fase de consolidação

A fase de consolidação do método coincide com a implantação da Terapia de Integração Pessoal numa nova clínica, o Instituto de Medicina Psicossomática ou IMEP, com toda a equipe anterior, mas com nova organização funcional, adaptada às exigências ditadas pelas conclusões da experiência-piloto. O termo “psicossomático” é pobre em relação à riqueza da terapia oferecida pela entidade. De fato, o nome não

esclarece a profundidade desse tratamento que atinge o inconsciente; não lembra a conotação onto-antropológica nem especifica o tipo de trabalho em equipe e o curto prazo de terapia. Além disso, na realidade, a abordagem direta do I permite surpreender o organismo na fase anterior às doenças psicossomáticas, conseguindo, muitas vezes, impedir tal processo. O termo apropriado seria "Terapia Psico- noossomática", conforme a designação utilizada várias vezes no texto deste trabalho. No entanto, concordou-se, ao menos provisoriamente, com a denominação de "Medicina Psicossomática", tendo em vista facilitar o entendimento das atividades genéricas de nossa entidade por parte do público.

Enquanto que na segunda fase aperfeiçoou-se a instrumentação de abordagem direta do inconsciente com vista à cura, na terceira fase acontece uma tendência progressiva de mudanças no enfoque dessa instrumentação técnica pela influência da Logoterapia de Viktor Frankl. Em outras palavras: a preocupação, na terapia, que se voltava primordialmente para a "decodificação" dos traumas, para a sua eliminação ou substituição pura e simples, cresce agora *nu* tentativa do "aproveitamento" dos traumas, para a reestruturação da personalidade. Assim, a preocupação vai além, pois não se fixa só na busca dos "aspectos doentes" do inconsciente, mas na pesquisa sobre o inconsciente e, com igual interesse, dos aspectos sadios, dos valores da personalidade do paciente, dando-se ênfase e reforçando-se estes aspectos. Isto, às vezes, por si só é capaz de curar sentimentos negativos. A atenção recai sobre a descoberta do "sentido", e não só sobre o sentido da vida presente e futura — o que sempre foi observado —, mas sobre o sentido da vida passada. Aliás, convicções similares às de Frankl influenciaram a estrutura do método desde o princípio. Desde então já se considerava o homem como um ser cuja principal preocupação consiste em "cumprir sentido e realizar valores" (Frankl), em vez de um ser que simplesmente quer buscar a gratificação e a satisfação de impulsos, a adaptação à sociedade, ou o equilíbrio da

ausência total da tensão, até mesmo a construtiva. De fato, como diz Frankl, “a saúde mental está num certo grau de tensão entre o que já se alcançou e aquilo que se quer alcançar” (Schlupp, “Conceitos Fundamentais da Logoterapia”). E a tendência atual da TIP é a de fazer dos passos dados no passado, inclusive dos erros cometidos e dos traumas sofridos, patamares para melhores opções e reações no presente. Além disso, a meta que se busca para o paciente não é tanto .uma felicidade com total ausência de incômodos — o que seria uiha utopia —, mas a busca do valor ou mesmo da felicjdade nos próprios acontecimentos. Diz Frankl que é na transcendentalidade dos fatos da vida que se encontra o sentido destes fatos e, pelo sentido, *como efeito,* a felicidade. Os fatos negativos do passado, diante disto, não são encarados apenas como “azares”, mas como a vida que questiona a pessoa e pede uma resposta. E a resposta adequada fará crescer. O que importa é a atitude que tomamos diante do sofrimento. Pois o sofrimento deixa de sê-lo quando nele se descobre um sentido. Certa logoterapeuta (Edith Weisskopf- Joelson, *in* “Some Comments on a Viennense School”) comenta que, quando a pessoa centra sua meta na felicidade e por circunstâncias várias é infeliz, ela não só será infeliz pelo sofrimento que a atinge, mas pela vergonha de que não é feliz. Viktor Frankl lembra que no campo de concentração seus companheiros perguntavam-se se sairiam ou não com vida deste local. Só se saíssem com vida o sofrimento teria sentido. Frankl preferiu não colocar o “sentido” em algo que dependesse da eventualidade de “escapar ou não com vida”, mas procurou dar um sentido ao próprio acontecimento, ao sofrimento e à morte que o rodeavam. Quanto ao envelhecimento, Frankl sugere que o pensamento não se fixe na ausência de possibilidades futuras, o que deprime, mas na análise dos valores, das realidades e das realizações do passado. Coloca-se a pergunta: “Como seria o mundo se eu não tivesse existido?” Diante de um câncer sem cura, em vez de lamentar-se a morte, veja-se uma chance de dar mais sentido à vida que resta. Em problemas de frigidez ou impotência, a

causa, muitas vezes, está ligada à "hiperintencionalidade", ou seja, à fixação na busca do prazer em si. E, conforme já citamos anteriormente, "o prazer, quanto mais é buscado diretamente, mais escapa" (Frankl, em "Fundamentos Antropológicos..."). Estes e outros raciocínios de Frankl reforçam certos princípios das condutas terapêuticas da TIP. No entanto, é preciso entender que a nossa terapia pode ir mudando o seu enfoque, sem mudar sua metodologia. A nossa terapia é sobre o *inconsciente,* o que não acontece com a Logote- rapia. Mas os métodos descritos por Frankl e usados por ele sobre o consciente do paciente, de uma forma semelhante estão presentes na terapia da TIP, em suas técnicas sobre o inconsciente.Assim, quando se faz a substituição de registros negativos por positivos, esta substituição não acontece sem uma reformulação do enfoque do pensamento e do julgamento da questão. Seria isto o que Elisabeth Lukas chama de "modulação de atitudes" na Logo- terapia. E outros métodos, tais como a "derreflexão", o "autodis- tanciamento do sintoma", a "intenção paradoxa", a "transcendência" a ser dada aos fatos, recursos específicos da Logoterapia, no processo da RMI são identificáveis como condutas dentro de "outras técnicas" específicas da TIP.

As mudanças na "atitudes de pensamento e julgamento" tornam-se um registro positivo de substituição real sobre o nível inconsciente, com efeitos de quebra de cadeias negativas ou de eliminação dos sintomas, além de permitir a criação de novos hábitos. Por isso, cremos que certos conceitos da Logoterapia, quando aplicados sobre o inconsciente, oferecem vantagens sobre essa terapia realizada no nível consciente, inclusive porque possibilitam a "realidade potencial", ou a RPI, que pergunta: "O que poderia ter acontecido se a atitude tivesse sido diferente?"" E a "atitude diferente" pode substituir o registro condicionado do fato realmente acontecido. Portanto, o método TIP, enriquecido com a experiência da Logoterapia, embora aplicado sobre o nível da mente inconsciente, além de

desencadear a cura psicofísica do paciente, através da RMI, cria algo mais que a cura, porque a reformulação de atitudes sobre o inconsciente é um treinamento e uma reeducação para respostas mais positivas, mais construtivas e mais plenas de sentido que se estruturam desde o mais remoto passado do paciente até os acontecimentos presentes e futuros.

Historicamente, a ligação nossa com a Logoterapia é anterior à experiência-piloto do método TIP, pois em 1977 já havíamos redigido duas monografias sobre o assunto. Depois, em 1981, fomos recebidos pela logoterapeuta Dra. Elisabeth Lukas e sua equipe, em Munique. Em 1983 participamos do Congresso de Logoterapia em Regensburg, Alemanha, e do curso com Viktor Frankl na Policlínica de Viena. Tivemos, então, também, a oportunidade de debater o assunto TIP-Logoterapia com o presidente do Instituto de Logoterapia da Califórnia, Dr. Joseph Fabry. Por ele, foi-nos entregue a responsabilidade de introduzir a Logoterapia no Brasil. Poucos meses depois do mencionado congresso, já recebíamos material de estudo sobre a Logoterapia, enviado da Califórnia, e uma carta da Sociedade Argentina de Logoterapia para que organizássemos um congresso sobre o assunto no Brasil. Mas não nos foi possível corresponder a essa solicitação.

Em abril de 1984, por iniciativa da psicóloga gaúcha Izar Xausa, de Porto Alegre, organizou-se o I Encontro Latino-Americano Humanístico-Existencial de Logoterapia, que contou com a presença pessoal de Viktor Frankl. A equipe do IMEP participou do mesmo com a maioria de seus membros e nós encaminhamos à comissão científica do encontro um trabalho sobre "Terapia de Integração Pessoal e Logoterapia", que apresentamos, em conferência, na mesma ocasião.

E digno de nota lembrar que desse I Encontro mencionado surgiu a Sociedade Latino-Americana de Logoterapia, com sede provisória em Porto Alegre, presidida pela psicóloga Izar Xausa e formada por uma diretoria composta de psicólogos da América Latina e do Brasil, da qual também fazemos parte. Grande parte de nossa equipe está participando dos cursos

periódicos, transmitidos na forma de módulos por especialistas argentinos, em Porto Alegre.

E também característica dessa terceira fase da TIP a organização de trabalhos de grupo e de outros serviços, conforme é citado mais adiante neste livro. Em função dessas novas áreas de atuação, estivemos mais uma vez com Dra. Elisabeth Lukas, em Munique (junho, 1984). A nossa teiapia sobre o inconsciente, considerando os conceitos logolciápicos, individualmente ou em grupo, forma.
portanto, nova área de estudo e aprofundamento da TIP, nesta terceira fase de sua evolução.

De uma forma geral, o método TIP, até o final do ano de 1985, enriqueceu-se com a experiência de mais três mil pacientes atendidos — além dos 2.600 da fase da experiência-piloto — e com a realização de seminários internos. Mas, apesar da imensa gama de novas informações já colhidas pela TIP, sabe-se que apenas foram dados os primeiros passos na descoberta de um mundo novo, vasto e de riquezas inesgotáveis, revelado a partir da abordagem direta e metódica do inconsciente.

4.1.2 EMBASAMENTO ANTROPOMETODOLÓGICO

> **A Terapia de Integração Pessoal define-se como um tratamento que abrange o ser humano integralmente, em sua realidade física, psíquica e noo- lógica, e que o envolve no dinamismo de integração destes níveis. Por outro lado, a metodologia TIP estrutura-se sobre um processo básico: a abordagem direta do inconsciente, e isto oferece oportunidades novas para o conhecimento e o tratamento do ser humano.**

4.1.2.1 Embasamento antropológico

O enfoque antropológico da TIP coloca-se dentro da atual perspectiva existencial-humanista, conforme expressada por Jaspers, Binswanger, Scheler, Mareei Bergson e Boss ou, de acordo com a análise existencial de Rollo May, Rogers e Viktor Frankl,

onde o homem biológico-mecanicista e condicionado é substituído pela pessoa livre, capaz e responsável.

O ser humano é constituído intrinsecamente de dois níveis básicos inter-relacionados, mas de dinamismos diferentes: o psico- físico ou *psicossomático* e o psicoespiritual ou *noológico.*

O nível *psicossomático* é, por sua vez, formado pela natureza psicofisiológica, ou seja, pelos níveis mineral, vegetativo e animal em hierarquia interna, sendo que o nível mineral direciona-se para o nível vegetativo e este, para o animal. O nível psicofísico procura o equilíbrio, a homeostase em relação aos seus níveis e o todo psicofísico volta-se teleologicamente para a constituição noológica, exercendo sua atividade em função desta.

O nível *noológico* expressa-se pelo *eu-pessoal.* O *eu-pessoal* é único para cada ser humano, é completo, desde a concepção, perfeito e adequado às características individuais de cada pessoa. Faz o homem livre e responsável (cap. 1.7).

O *inconsciente* tece a ligação entre o nível psicossomático e o noológico. Nesse contexto, exerce duas funções: primeiro, e mais diretamente, atende às necessidades e buscas do nível psicofísico e, portanto, ao prazer., à pacificação, ao “agrado”. Por outro lado, o inconsciente é ligado ao consciente, assessorando esse nível em suas funções.

O *consciente,* cujo conteúdo é a inteligência e a vontade livre, ao contrário do inconsciente, não se empenha na busca do agrado em si, nem quer a homeostase passiva. Ele é dinâmico e busca o desenvolvimento e o crescimento contínuos de seu ser, a auto-realização, que, porém, só acontece pelo processo de auto- transcendência.

O *inconsciente,* que busca a homeostase e o “agrado”, e o *consciente,* que busca o “bem real”, juntos, num dinamismo de crescimento e aperfeiçoamento contínuos, evidenciam, através de suas funções e conteúdos próprios, um conflito constante sobre o processo de auto-realização ou “humanização” plena, ou o estacionamento, o processo regressivo, para a “animalização” (cap. 1.3). Tal

conflito é coordenado pelo *eu-pessoal,* já especificado como sendo livre e responsável (cap. 1,7)-

Os níveis *psicossomático* e *psiconoológico* não são entendidos, na TIP, dentro da visão dualista, a platônica ou a cartesiana, mas sim como *unidade substancial,* com aspectos corporais e espirituais.

O *eu-pessoal* é o coordenador do “consciente-inconsciente” para relacionar as “buscas” psicofísicas e psiconoológicas. Abre-se ele para três dimensões de transcendência: *a cósmica,* que é voltada para o mundo material que o rodeia, visando a dar-lhe um sentido em função do homem; a *social,* que é a comunicação com o outro e que conduz *à humanização* ou *à socialização',* e a transcendência para o *Absoluto,* que é a projeção do ser humano em direção a Deus,. Ser verdadeiro e pleno (cap. 1.7).

Segue, logo abaixo, um esquema que resume a concepção da constituição onto-antropológica, conforme a compreende e a comprova a TIP, a partir de sua experiência clínica.

4.1.2.2 *Embasamento metodológico*

A atual orientação filosófico-psicológica, ao fundamentar o homem na tridimensionalidade, numa concepção de ser total, único, livre e responsável, e quando nele substitui o automatismo pela autonomia ou vê o homem atraído por valores em vez de impulsionado por instintos, tem o mérito drç recuperar a pessoa humana dos reducionismos, devolvendo-lhe a integridade e a dignidade. Mas, na prática terapêutica, essa orientação dá pouca oportunidade ao trabalho metódico. A TIP, em função da abordagem direta do inconsciente, consegue contornar esse problema e apresenta, ao lado da orientação antropológica mencionada, uma metodologia, conforme segue. A metodologia TIP estruturou-se sobre:

a) *A abordagem direta do inconsciente* (ADI) — O trânsito livre ao inconsciente derrubou muitos véus que ocultavam a área mais rica e poderosa de nossa mente e permitiu o encontro, frente a frente, com valores inestimáveis que antes só inferíamos laboriosa e morosamente por meio da interpretação indireta.

A possibilidade de conhíjper o inconsciente *in loco* proporcionou oportunidade de aquisição de novos conhecimentos e levou à descoberta de outras dimensões antropológicas da natureza integral do homem, o que, por outro lado, conduziu à elaboração de procedimentos terapêuticos correspondentes. Em resumo, a abordagem direta do I proporciona:

a. I. *conhecer* concreta e objetivamente as propriedades, conteúdos, funções e capacidades do *inconsciente*;

a. 2. *elaborar procedimentos* e *técnicas específicas* calcadas *sobre esses conhecimentos* adquiridos;

a. 3. *ensinar* ao paciente a entender *conscientemente a sua mente inconsciente,* possibilitando-lhe *adquirir* o verdadeiro *conhecimento de si mesmo,* de sua estrutura interna, de suas dimensões, potencialidades, ou de seus conflitos, autodissimulações, mecanismos de defesa, causas primeiras de doenças físicas ou males psicos-

somáticos de distúrbios psicológicos e noológicos;
a. 4. *responder* a tudo isso, com um *tratamento único* que vise curar o ser humano simultaneamente de problemas psicofísicos e transcendentais, através de reformulações dos fatos inconscientes e por meio de novas opções feitas pelo próprio paciente;
a. 5. *remover,* com o tratamento de *um só problema essencial* (“registros negativos”), *centenas de sintomas* psíquicos ou psicofí- sicos que sobre ele se estruturam, formando uma cadeia que se abre em vasto campo de sofrimento (veja cap. 1.2);
a. 6. *reativar* na memória inconsciente *conteúdos positivos* (“registros positivos”) e com eles substituir os negativos removidos e desencadear, conseqüentemente, um novo gradiente de generalização positiva (cap. 1.2);
a. 7. *despertar* o paciente para a busca de seu *eu-pessoal,* originariamente livre, perfeito, forte, responsável, mostrando-lhe que, através dele, teria sido possível evitar-se muitos males do passado e que por meio dele é possível reformular agora problemas passados e atuais (cap. 1.7);
a. 8. *reestruturar,* com a participação ativa do paciente, a pessoa original, de acordo com o *eu-pessoal* sadio e equilibrado;
a. 9. *lançar* o paciente para o futuro com perspectivas novas, com projetos que o realizem como ser humano e lhe dêem sentido vivencial. Motivar para a busca da plenificação onto-antropológica e para a caminhada rumo à autotranscendência;
a. 10. *realizar* todos esses passos — a cura integral, mais a reestruturação pessoal do paciente — num mínimo de tempo, com resultados os mais positivos possíveis;
a. 11. *realizar testes* precisos de avaliação sobre o I para verificar se todos os registros negativos foram realmente removidos, ou pela substituição por positivos ou, ainda, pela valorização do sofrimento passado;
a. 12. podem-se, ainda, colher *depoimentos* excepcionais das pessoas tratadas por esse método, quando testemunham inúmeras vezes, não apenas a cura

dos sofrimentos, mas a experiência do seu renascimento total e de um bem-estar geral, de uma *alegria nunca antes vivenciada.*

b) *Instrumentação técnica* — As técnicas desenvolvidas para permitir a abordagem direta do inconsciente são em número bastante grande e, ainda, ajustáveis a cada caso em particular, o que tornaria impossível enumerá-las. Daí por que preferimos fazer uma classificação em grupos de técnicas e de acordo com as etapas do processo de abordagem direta do I, conforme segue:

b. l. Técnicas de *motivação e de quebra de resistência.* O paciente, mesmo que procure espontaneamente a terapia, muitas vezes encontra-se em conflito interno entre duas vontades: a do consciente, que quer a cura, e a do inconsciente, que reage contra essa cura por motivos que o próprio paciente tem dificuldades de compreender (cap. 1.3).

Existem várias técnicas utilizadas, logo no início da terapia, para verificar o grau desse conflito e a real motivação para o tratamento. Através dessas técnicas, algumas voltadas para a orientação logoterápica do “sentido”, algumas para o “desmascaramen- to” da resistência inconsciente e outras, prepara-se o paciente para o passo mais decisivo da terapia: a *disposição* para a abertura do inconsciente, sem restrições.

Dois aparelhos, o *neurotron* e o *hipnotron,* dos quais adiante falaremos, mais a soroterapia e massagens de relaxamento, auxiliam nesse processo.

b. 2. Técnicas de *condução* do paciente ao seu *nível inconsciente*, ou da abordagem direta do inconsciente (ADI).

Essas técnicas são realizadas em estado de relaxamento do paciente e simultânea concentração sobre determinado assunto enfocado. Observa-se, porém, que o treinamento continuado dessas técnicas pode levar à aprendizagem de um relaxamento bem rápido, quase instantâneo, de percepção do inconsciente, e até à dispensa desse relaxamento.

b. 3. Técnicas de *treinamento* do paciente para a *percepção* e a *visualização* de conteúdos inconscientes

específicos. Aprendizagem da diferenciação entre manifestações conscientes e inconscientes da mente. Técnicas de compressão da manifestação inconsciente, em diversos níveis mais superficiais ou mais profundos, permitindo ao paciente a descoberta de graus infinitos de aprofundamento inconsciente e não apenas de um “subconsciente”; vai ele perceber estágios que permitem “visualizar” ângulos diferentes e sempre mais detalhados sobre a mesma “cena”; passará a entender as projeções mentais, símbolos e a linguagem do inconsciente.

b. 4. Após a fase de treinamento, realiza-se a técnica de *reativação da memória inconsciente* (RMI). Conduz-se à descoberta de “registros negativos” sobre o nível I, o que faz parte do processo *diagnóstico.* Elaboram-se psicologicamente os problemas surgidos, positivando-os ou contando com a ajuda de “registros positivos”, que são também reativados no mesmo momento. É esse o processo *terapêutico.*

A RMI é realizada em seqüência e em sistemas organizados, embora nem sempre os mesmos. Já explicamos que, por vezes, é preciso reforçar o positivo do I ou realizar a eliminação simbólica dos traumas, para evitar emoções muito fortes. É importante, outras vezes, tratar primeiro da eliminação dos registros genericamente mais leves e, em outras ocasiões, dos mais sofridos. Algumas vezes, segue-se um processo retroativo sistemático até o momento da concepção. E há casos onde é necessário curar os traumas, partindo- se da concepção em direção à fase adulta. O corte de identificação negativa dos pais e antepassados pode ser deixado mais para o final. Mas pode acontecer também que essa influência seja tão forte que o paciente não consiga perceber sua própria identidade, se o desligamento não for feito no início da terapia.

A RMI diagnostica e a terapêutica conduz o paciente à compreensão de sua constituição intrínseca onto-antropológica de realidades do nível noológico e à existência da função de autocensura e autopunição no inconsciente, com referência a um código natural. Descobre ele as conseqüências psicossomáticas de

sentimentos de ódio, agressão e ausência de perdão, muitas vezes responsáveis por doenças de diagnóstico não identificável ou de males persistentes.

b. 5. Por meio de *técnicas* próprias para o *nívelpsicoespiritual ou noológico,* o paciente descobre o seu *eu-pessoal* nas diversas fases da terapia, verificando que o mesmo é forte e capaz de superar a maioria de todos os males passados, presentes ou futuros, desde que orientado teleologicamente. O *eu-pessoal* representa também a consciência moral-religiosa, porque é voltado para a autotranscen- dência.

b. 6. A TIP tem um grupo de técnicas elaboradas para permitir ao paciente *o desenvolvimento* mais pleno do seu *potencial* inconsciente e consciente.

b. 7. Existem técnicas que desbloqueiam a *inteligência,* elevando consideravelmente o nível de Q.I.

b. 8. Há outras técnicas para *terapias indiretas e especiais,* conforme se verá noutra oportunidade deste trabalho.

b. 9. A TIP tem técnicas de *projeção ao futuro,* de *programação* condicional, de *comunicação* ou de *isolamento* inconsciente, para verificação de habilidades ou de *vocação profissional.*

b. 10. A TIP serve-se também das técnicas da Logoterapia, aplicando-as inclusive sobre o passado, na substituição de registros e sobre o inconsciente.

b. ll. Ao encerrar a terapia, há uma série de técnicas pira realizar *testagem* e *avaliação* do processo. Um *trauma, uma vez eliminado sobre o nível I, não será mais percebido sobre o mesmo nível, embora possa ser lembrado conscientemente.* Os testes partem da auto-avaliação do paciente em relação às diferenças acontecidas em sua pessoa em função do tratamento, seguindo-se testes simbólicos e projetivos, em nível I, terminando pelo reexame médico final, o qual exige exames laboratoriais e outros, se necessário, para comprovar as curas realizadas pelo processo TIP.

c) *Recursos auxiliares* — O inconsciente é uma área bastante oculta de nossa mente. Para que se abra

com mais facilidade à abordagem direta, utilizam-se vários recursos auxiliares que serão especificados no próximo capítulo.

d) *A terminologia* — Em função da abordagem direta do conteúdo I e das técnicas específicas, resultou a necessidade de uma terminologia própria na TIP. Tais termos serão esclarecidos em capítulo final, no "glossário".

4.1.3 CONCEITO E OBJETIVOS DA TIP

> **O conceito de "Terapia de Integração Pessoal ou TIP" entende-se através dos** seus **objetivos, que visam, primeiramente, ao paciente em si, a sua recuperação total psiconoossomática e a sua adequada integração pessoal e social. Visam também à comunidade, a ser atingida por meio de programas preventivos, de esclarecimento e de divulgação desta metodologia. Os objetivos resumem-se, genericamente, em: cura dos males e reestruturação da personalidade, estudo e ensino.**

4.1.3.1 Conceito

O nome "Terapia de Integração Pessoal", abreviado por TIP, quer lembrar os princípios, as premissas ético-filosóficas e os objetivos desse tratamento. Há diversos sentidos englobados nas palavras que formam a denominação. Assim: "integração", em primeiro lugar, supõe a idéia de "integral", de "homem integral", a abordagem diagnóstico-terapêutica dos males físicos, psíquicos e espirituais, ou seja, das três dimensões que constituem a natureza humana. Num segundo enfoque, teríamos o "integral-integrado", o que quer dizer que essas dimensões não podem ser consideradas separadamente, mas através da interinfluência de um nível sobre o outro e, ainda, dentro de uma orientação hierárquica e teleológica, ou seja, do psicofísico em função do noológico, o qual se manifesta como a dimensão mais decisiva do homem. "Integração" refere-se também
à abordagem única realizada por meio de uma equipe

interprofissio- nal. É a *centralização* do enfoque diagnóstico-terapêutico. O paciente é abordado a partir do mesmo ângulo, o núcleo etiológico, que depois se ramifica para problemas de ordem física, psíquica e espiritual. Este enfoque é diferente de abordagens paralelas por uma mesma equipe profissional. A abordagem centralizada de equipe é como se examinássemos a composição químico-mineral de uma água a partir da fonte e não, mais adiante, no leito do rio, pois, ao perpassar a água terrenos diferentes, modifica ela as características originais, impedindo, assim, muitas vezes, que se encontrem as correlações entre estas águas e a fonte que abastece o rio. Na abordagem centralizada sobre o inconsciente, inicia-se pela “fonte”, que é o núcleo central do ser humano. A partir da “fonte”, sempre sob o enfoque do núcleo de integração e de interinfluência, é que cada profissional estuda a contribuição de sua especialidade.

A palavra “pessoal” indica, em primeiro lugar, a pessoa única do paciente. Refere-se depois à liberação gradativa da pessoa original ou do *eu-pessoal* durante o processo de terapia. Indica, a seguir, o encontro do paciente consigo mesmo, o autoconhecimento não só de falhas, de traumas e de bloqueios, mas também de qualidades e de potencialidades. Significa a descoberta da dimensão livre existente nele, capaz de reformular, inclusive, o psiquismo calcado sobre o passado e com isso eliminar efeitos prejudiciais de ordem física, psicológica ou noológica. “Pessoal” indica também o resultado do processo que se deslancha a partir do momento em que o *eu-pessoal é* desvendado. Significa a busca de personalização pela autotranscendência durante a terapia.

Mas o processo de personalização apenas se concretiza na medida em que o *eu* estabelece um relacionamento adequado com o *tu,* com outras pessoas, na família e na sociedade. Assim, “integração pessoal” supõe, necessariamente, o significado de “integração social”.

Finalmente, o termo “pessoal” quer especificar que o ser^ humano é sempre “pessoa”, em aperfeiçoamento contínuo, até *w* morte. E é de grande ajuda à terapia se o paciente, em termos de *post-mortem,* acreditar na continuidade dele como pessoa e como a mesma pessoa. De fato, evita-se assim a incoerência, a situação paradoxal que é criada pela crença numa *trans* ou *despersonalização,* numa fusão no cosmo, numa transformação em massa energética ou em um outro alguém que retornasse à Terra, o que tornaria sem sentido o esforço natural de toda pessoa em querer auto-realizar-se ou aperfeiçoar-se até o fim da vida e tiraria também o sentido de “pessoa responsável”.

4.1.3.2 Objetivos-fins

a) O paciente

O paciente, em seus interesses e bem-estar, é sempre, e em qualquer circunstância, o sujeito principal da TIP. Visa-se, através deste processo, proporcionar à pessoa em sofrimento psicossomático ou de angústia existencial o reencontro com o seu ego original, ou seja, com aquelas características individuais autênticas e exclusivas de sua pessoa existentes dentro dela. Procura-se trabalhar a reconstrução de um psiquismo e um corpo sadios e em marcha para a plena auto-realização, o que exige simultaneamente o crescente e construtivo processo de autotranscendência, de comunicação com o próximo, com o meio social e com o Absoluto.

b) A comunidade

Uma vez que o paciente é acompanhado terapeuticamente em seu processo de integração social, a sociedade, conseqüentemente, enquadra-se nos objetivos da TIP. Quer-se utilizar os recursos oferecidos por essa esperiência e servir-se dos resultados por ela encontrados para desenvolver programas comunitários de prevenção de males psicossomáticos e de tratamento em grupos genéricos ou específicos. É objetivo da TIP ainda desenvolver programas de ensino e aprendizagem com a finalidade

de difundir e divulgar o método. Tais cursos podem abranger variadas classes de profissionais que queiram fazer uso de algumas das técnicas da TIP em seu campo de trabalho específico, ou que queiram organizar clínicas de terapia integral semelhantes ao Instituto de Medicina Psicossomática (IMEP).

Os objetivos da TIP, portanto, voltam-se para a abertura do método a outros profissionais, para a sua divulgação, no sentido de beneficiar, o mais rapidamente possível, um crescente número de pacientes que necessitem desse tratamento. Entende-se que o preparo de profissionais que possam montar suas próprias clínicas multiplicará enormemente a capacidade desse atendimento. Existe, porém, também o objetivo de fazer esta divulgação sob rigoroso controle de qualidade. A Terapia de Integração Pessoal não pode ser compreendida em sua extensão e profundidade apenas com a submissão do interessado ao tratamento ou através de simples estágio. Ela só é legítima dentro do seu contexto teórico-prático total. Se a equipe do IMEP — que se manteve unida e sempre a mesma — estuda e aprofunda o método em reuniões contínuas, há vários anos, a matéria acumulada para o ensino dessa terapia justifica, por certo, um curso de especialização universitária.

4.1.3.3 Objetivos-meios

a) Quanto ao paciente

Os objetivos citados no item “a”, ou seja, no que diz respeito ao paciente, já estão sendo concretizados desde o início da experiência-piloto, realizada com a equipe de profissionais que se encontra hoje no Instituto de Medicina Psicossomática.

Tais objetivos são atendidos através de cinco estágios de terapia:

a. l. eliminação das primeiras causas de traumas psíquicos do passado e, também, de causas de problemas psicossomáticos, que se refletem numa grande gama de sintomas e síndromes. Realiza-se isto pela abordagem direta do inconsciente, nível sobre o qual se deve deslanchar uma quebra de cadeias de

registros negativos;
a. 2. substituição dos registros negativos por um gradiente de generalização de registros positivos, despertados no próprio inconsciente do paciente, ou pela positivação dos registros negativos;
a. 3. condução do paciente aos níveis mais profundos de seu ser, onde o mesmo costuma perceber, espontaneamente, o seu *eu-pessoal,* a sua constituição intrínseca, os valores estáveis de sua natureza noológica e os impulsos de autotranscendência;
a. 4. reestruturação do psiquismo e da personalidade, a partir do *eu-pessoal* individual, imaterial e completo, identificável desde a concepção e, originariamente, livre e perfeito;
a. 5. treinamento do paciente para o uso e controle positivo do grande potencial de seu inconsciente, o qual, depois de desbloqueado e tratado, é um auxiliar incomensurável para enfrentar adequadamente novas situações, perspectivas, dificuldades, sem comprometimento da libertação interior, recém-conquistada.

b) Quanto à comunidade

Há diversos programas em planejamento e alguns em andamento no IMEP para atendimento à comunidade. São eles objetivos- meios de levar à sociedade em geral os recursos que a experiência TÍP pode oferecer-lhe. Resumindo, seriam estes os programas:

— Programa do Departamento de Orientação Terapêutica (DOT):
b. l. realização de estudo, de estatística, de correlações e de pesquisa em geral visando também ao esclarecimento do público sobre os resultados, através de entrevistas, palestras, conferências, artigos e livros;
b. 2. organização de programas de terapia de grupo com utilização de técnicas da TIP numa linha de “otimização”, as quais visam despertar os participantes para uma visão mais positiva e um engajamento mais construtivo de vida;
b. 3. criação de cursos de especialização junto à universidade, abertos a profissionais das áreas psicológica, médica, religiosa, educacional e de

serviço social;
b. 4. dar continuidade ao intercâmbio com os países estrangeiros que estão demonstrando interesse pela TIP, fazer outros contatos, participar de encontros e congressos, principalmente os realizados pela Logoterapia, que mantém profunda identidade com a TIP em seus objetivos-fins, embora não seja diferente a instrumentação ou os objetivos-meios;
b. 5. criação de outras atividades, quantas forem necessárias e interessantes para atender os objetivos da TIP.

4.1.3.4 Objetivos genéricos da TIP

De uma forma geral e sucinta, podemos dizer que a TIP visa;
a) *curar* o paciente integralmente, reestruturar sua personalidade a partir do seu *eu-pessoal,* encaminhando-o à descoberta do sentido existencial;
b) *estudar,* através da estatística, da pesquisa, de assuntos correlatos, o desenvolvimento da TIP;
c) *ensinar* o acervo da TIP, por meio de palestras, escritos e cursos, a profissionais e divulgar á comunidade conteúdos de ordem prática.

4.1.3.5 Critérios, princípios e normas para com o paciente

Entrelaçam-se aos objetivos certos critérios, princípios e normas de conduta para com o paciente, conforme segue:

1[B]) *Respeito à liberdade, à autodescoberta e à autodeterminação do paciente* O paciente deve aprender a entrar conscientemente em seu inconsciente, descobrindo, ele próprio, os registros de traumas e verbalizando-os. O terapeuta, mesmo conhecendo tais problemas, deverá aguardar que sejam percebidos pelo paciente, por uma questão ética e também técnica, porque só então o paciente estará pronto para aceitá-los e reformulá-los.

A reformulação dos registros negativos e a sua substituição por outros registros positivos do inconsciente devem ser realizadas com a ativa

participação do paciente. O processo sugestivo para fixar essas substituições só pode ser usado em termos de reforço ou em outras condições especiais, mas não em substituição à RMI. A sugestão pode ser usada ainda em termos positivos genéricos para auxiliar na quebra de resistência ou de bloqueios e/ou para psicóticos antes do tratamento TIP.

2°) *Planejamento do tratamento*

O paciente tem direito a saber, desde o início de seu tratamento, qual o número provável de sessões de psicoterapia que são necessárias ao seu caso específico, incluindo as sessões auxiliares de terapia. Isso lhe é fornecido após a consulta médica inicial. As mudanças dessa previsão costumam ser pequenas e são sempre dependentes da colaboração do paciente na terapia. A RMI mais as sessões de aparelhos, de terapia e a avaliação posterior exigem um número pequeno de sessões. Os casos, quafldo se tornam mais demorados, o são muito mais por causa da “resistência” que não permite a entrada no inconsciente do que pelo tipo dos problemas encontrados no I do paciente. Em casos de demora excepcional, o médico ou o psicólogo chamará os responsáveis pelo paciente para as devidas explicações.

3ᴮ) *O paciente que não tem condições de submeter-se à TIP é esclarecido*

Há pacientes que oferecem resistência ao tratamento, não abrindo seu inconsciente para o processo. Após as primeiras tentativas de quebra dessa resistência, se o paciente não colaborar, suspende-se a terapia e, às vezes, pode-se enviar o doente a outros tratamentos convencionais. Há ainda os pacientes cujo estado cerebral não permite o processo TIP. Esses são, de imediato, esclarecidos pelo médico, na primeira consulta. E contra os princípios da TIP manter em tratamento um paciente que não promete progredir nesse processo.

4°) *Pela TIP, visa-se, sempre que possível, à cura, à recuperação total do paciente e no mínimo de tempo possível*

O processo de terapia sobre o inconsciente permite que o tratamento seja, ao mesmo tempo, integral e rápido.

Há, no entanto, processos parciais para casos especiais, mas com outros objetivos, desde o princípio. E o caso, por exemplo, da terapia para esquizofrênicos, para esclerosados, para mongolóides e deficientes, ou simplesmente para pessoas estressadas que desejam recuperar-se do cansaço ou do esgotamento (veja cap. 4.3).

5ª) *O tratamento TIP não deixa problemas em aberto*

A reativação da memória inconsciente desperta, geralmente, grande emoção em torno dos problemas enfocados. Mas o paciente só é dispensado da sessão de terapia com o problema resolvido e, portanto, sempre melhor, mais “leve” do que quando entrou. Exceções são os casos de resistência, ou seja, de bloqueio no processo de terapia, onde é preciso gerar ligeira tensão ou agressividade para deslanchar no paciente uma reação a seu favor.

6°) *O tratamento TIP não cria dependência nem permite reincidências*

É preciso enfatizar que um problema ou trauma, uma vez eliminado e substituído sobre o nível I, não pode mais ser reativado, ou seja, não aparece mais, não é mais percebido pelo paciente nesse nível inconsciente (como aconteceu com o paciente do mal de Hodgkin, ao ser solicitado a rever a “cena da morte” — cap. 2.7). É por este motivo que o tratamento TIP, depois de realizado, quando bem sucedido, não permite reincidências. O que pode acontecer é o surgimento de problemas novos, atuais, especialmente os resultantes de comportamentos moral-religiosos ou de “caráter”, os ligados ao chamado “livre arbítrio”, que não são resultantes de manifestações inconscientes do passado, mas sim de posicionamentos conscientes.

Os problemas, após o tratamento, podem ainda resultar de atitudes de fraqueza psíquica ou de personalidade, pois, como explicado, após o tratamento, o paciente está preparado a enfrentar positivamente novas situações difíceis, o que não quer dizer que obrigatoriamente o consiga. Tais casos

de reincidência, porém, são em número insignificante e geralmente basta um esforço de uma ou duas sessões de terapia para que o paciente torne a sentir bem-estar.

4.1.3.6 Critérios para o terapeuta

Temos sido procurados freqüentemente por psicólogos, médicos e estudantes de Psicologia que pedem estágio na clínica do
Instituto de Medicina Psicossomática. Em atenção a esses profissionais e estudantes, esclarecemos abaixo.

De fato, a TIP tem por objetivo abrir-se à comunidade e ensinar sua metodologia, permitindo acesso a novos profissionais. Mas isto deverá acontecer por meio de cursos universitários de especialização, acompanhados de estágio prático.E, para que isto aconteça, será preciso estudar criteriosamente a forma de garantir a fidelidade aos princípios e à estrutura metodológica da TIP. Daí deverão ser desenvolvidos testes para triagem de candidatos, meios de controle, de fiscalização e supervisão desses interessados, o que deverá ser feito através de uma programação específica.

Ainda no que diz respeito a este ensino, deverá ele constar de um programa geral e de outro especial para cada área de trabalho dos profissionais-alunos. O processo TIP integral exige conhecimento e formação em Psicologia; por isso, provavelmente somente a estes profissionais será possível transmitir o conhecimento total do processo técnico da abordagem direta do inconsciente. De qualquer forma, a TIP integral exige sempre o trabalho em equipe, os recursos auxiliares e condições semelhantes às que oferece o Instituto de Medicina Psicossomática.

Por outro lado, será imprescindível que um candidato ao uso profissional da metodologia TIP tenha-se submetido antes ao seu *tratamento integral.* A vivência pessoal desse tratamento é a única forma de transmitir ao candidato uma compreensão mais ampla e profunda do que seja essa terapia. Nenhuma explicação racional pode substituir essa experiência.

Outro motivo da exigência desse tratamento para o candidato à TIP é porque na abordagem direta do inconsciente do paciente o terapeuta atua também com a ajuda de seu próprio inconsciente, que deve para isso estar liberado de registros negativos ou traumas do passado. Um inconsciente não tratado, ao atuar sobre outro inconsciente, transfere para este os seus males e deforma as suas observações e constatações. Assim, *na TIP, realizar o tratamento de outro sem ter feito o seu próprio é desrespeito ao paciente e falta de ética.*

Se vier acontecer uma resistência persistente de um candidato ao curso da TIP, ou seja, se o candidato-paciente tornar impossível a terapia pela abordagem direta do seu inconsciente, deve então esse candidato aceitar o fato como autotestagem que lhe mostrou não ter ele inclinação para um tipo de terapia que trabalhe com e sobre o inconsciente. Seria o sinal de uma seleção natural que evitaria, inclusive, a perda de precioso tempo desse candidato, ao tentar uma aprendizagem que não estaria de acordo com suas aptidões pessoais.

Um enfoque indispensável aos candidatos que visem, profissionalmente, ao trabalho com a TIP, são as convicções antropofilosó- ficas. É básico saber o que o candidato à TIP pensa sobre a natureza ontológica do ser humano, porque é preciso que haja uma atitude de coerência na escolha do que se faz. Assim, quem pratica a Psicanálise deve estar convencido das teorias de Freud. E quem quiser praticar a Terapia de Integração Pessoal deve estar convencido de que o ser humano tem em si uma constituição não apenas psicofi- siológica, mas também noológica. É preciso que reconheça a existência de uma hierarquia teleológica que impulsiona o ser humano continuamente para a sua auto-realização e para além dele próprio à autotranscendência, a qual se expressa pela doação, pela busca incessante do encontro com o seu Deus e Criador, que se tornou visível e humano na pessoa de Jesus Cristo.

Sem essas convicções básicas e outras daí resultantes, o terapeuta não terá a sensibilidade

profissional necessária à percepção do despertar desse tipo de espiritualidade no paciente, que emerge naturalmente durante o processo de terapia. Perderá a oportunidade de valorizar, no paciente, a descoberta da coerência existente em sua estrutura interna de ser humano, desde o físico ao espiritual, e de encontrar nesse todo a presença contínua de Deus-Amor, o que é, tantas vezes, o marco decisivo para que o paciente reaja positivamente ao tratamento, curando-se e acreditando esperançosamente no futuro, na sua missão particular, única e indispensável nesse universo. E isto só pode ser trabalhado nos outros quando vivenciado em si mesmo pelo terapeuta. Pois o psicoterapeuta, quer queira quer não, *transmitirá ao paciente sempre mais o que ele é do que aquilo que sabe.* A comunicação entre seres humanos é, antes de tudo, *humana* e não *técnica,* sendo esta apenas o instrumento auxiliar.

4.1.3.7 Os objetivos do Instituto de Medicina Psicossomática — IMEP

A decisão que levou a fundar o IMEP baseou-se no desejo de dar cumprimento e realização a todos os objetivos da TIP antes mencionados. Em função disso, poderá o IMEP vir a transformar-se, gradativamente, em escola e campo de estágios, se isso fosse julgado interessante pelo Departamento de Orientação Terapêutica do IMEP (DOT), uma vez que cada um dos membros desse grupo participou da experiência-piloto e, portanto, poderia vir a ser um supervisor ou um professor.

O instituto, além disso, poderá desenvolver também outras atividades paralelas não diretamente ligadas aos objetivos citados, embora nunca os contradizendo, quando isto for do interesse geral e estiver de acordo com as normas estatutárias.

4.2 AS ETAPAS DO TRATAMENTO E OS PACIENTES DA TIP

> **Pela abordagem direta do inconsciente que atinge o núcleo de integração e comando do ser humano, abre-se um campo muito vasto no que diz respeito às pessoas a quem se podem oferecer benefícios e ajuda terapêutica... O método TIP segue uma seqüência de etapas ordenada, de tal forma que o • processo de terapia seja facilitado e o seu tempo de duração, diminuído.**

Contrariando a tendência moderna de especialização e restrição a áreas cada vez menores e mais específicas, realiza-se, através da TIP, um atendimento global e com uma só abordagem a todos os tipos de sofrimentos humanos do paciente. Daí pode compreender-se que seja bastante ampla a gama de pacientes ou de pessoas em geral que podem beneficiar-se com esse tratamento.

De acordo com os casos já tratados, pode-se dizer que o Instituto de Medicina Psicossomática — IMEP recebe para tratamento, genericamente, os seguintes clientes:

a) *As pessoas sadias e normais,* ou seja, pessoas que não têm queixas de saúde física significativas, que se sentem ajustadas em sua vida familiar, profissional e social e que atendem, ao menos razoavelmente, às exigências de seus impulsos noológicos.

Essas pessoas procuram o tratamento motivadas mais pelo desejo de desenvolver suas potencialidades, de evitar excessos de cansaço e preocupação ou para contornar algumas dificuldades ligeiras que estejam vivendo. Entre essas pessoas incluem-se também os estudantes em período de vestibular, os executivos estressados, pessoas que perderam um parente ou que passaram por situações difíceis, pessoas que se aposentaram e procuram um sentido existencial, e mães que sentem a depressão e um vazio de vida, quando os filhos cresceram e vão deixando o lar.

Nem sempre é necessário que tais clientes submetam-se à terapia integral. Para eles existem

também processos especiais de ajuda (cap. 4.3).

b) *As pessoas com problemas familiares* ou que queiram melhorar seu relacionamento recebem desse tratamento uma resposta que parte do inconsciente, o que o torna diferente das análises e respostas que partem do consciente. De fato, através do nível I, é possível localizar precisamente as causas de conflitos, tanto daqueles que vêm de gerações anteriores e que são externados por projeções ou transferências, como daqueles resultantes de problemas pessoais do passado ou, ainda, dos conflitos gerados por atitudes errôneas, de falta de formação para uma vida conjugal ou falta de compreensão de comportamentos típicos e de seu significado, etc.

Dentro dessa classificação, o IMEP é procurado por casais de noivos em função de sua preparação para a vida a dois, por cônjuges, por pais com dificuldades na educação dos filhos e por jovens magoados com seus pais.

c) *As pessoas psiquicamente doentes.* Tanto ao neuróticos leves como os psicóticos graves podem ser tratados com bons resultados, desde que consigam assumir conscientemente o processo de reativação da memória inconsciente. Podem, ainda, ser tratados indiretamente, através da mãe. E quanto a jovens viciados em drogas, que também enquadramos entre os psiquicamente enfermos, é preciso cuidar antes de sua desintoxicação e realizar um bom trabalho de motivação para a terapia. O uso da droga é um misto de fuga, de agressão e de autodestruição. O viciado traz geralmente sofrimentos da primeira infância, ligados principal^ mente à desunião dos pais e à rejeição uterina, o que não quer dizer que seja apenas vítima e que não possa reagir. Em geral, falta a esse paciente uma motivação que o leve a querer mudar. Se isso for conseguido, o viciado em droga tem a mesma oportunidade de outros doentes para curar-se.

d) *Os doentes físicos ou psicossomáticos.* Através do inconsciente, encontram-se fatores emocionais como causa primeira da grande maioria das doenças físicas. Por trás das disfunções, das infecções, dos contágios

por vírus e bacilos, dos acidentes, pode-se encontrar uma espécie de “licença concedida” pelo inconsciente do paciente, e isso por motivos os mais diversos.

A Medicina tradicional trata dos *efeitos* físicos, das *somatiza- ções,* do sofrimento emocional. Mas a *causa* emocional não se cura com medicamentos. Por meio da medicação, o paciente cura um sintoma, mas cria outro substituto, enquanto a causa emocional não deixa de existir. Os médicos sabem, por experiência, que há doenças que persistem e se renovam. Há doentes que, curando-se de um mal físico, apresentam, logo depois, outras doenças físicas. Há doentes que “não se dão bem” exatamente com os medicamentos mais eficazes na remoção do mal porque não querem, em seu inconsciente, curar-se. Querem apenas livrar-se de sintomas mais incômodos. O inconsciente necessita da doença. Isso explica muitas doenças cujo diagnóstico é difícil ou cujo mal parece incurável. Todos esses casos são indicados para o tratamento TIP, o qual, pela RMI, localiza e pode tratar a gênese da questão. Pela RMI, como já dissemos, encontram-se os motivos I pelos quais a doença é importante para o paciente, tornando-se assim possível desmascará-la e substituí-la.

e) Através de processos especiais de terapia (cap. 4.3), atin- gem-se também os deficientes mentais, os mongolóides, os incapacitados, os esquizofrênicos graves, os paranóicos, os maníaco-de- pressivos e pessoas de lesões cerebrais ou neurológicas. É evidente que nesses casos precisa-se de estudo minucioso realizado pelo médido, e pode-se solicitar também a ajuda de outra assessoria antes que se faça qualquer prognóstico sobre a possibilidade de melhora ou cura desse paciente.

De maneira genérica, o tratamento pela abordagem direta do I tem tido bons resultados com pessoas envolvidas pelos seguintes problemas: nervosismo, ansiedade, insônia, fobia, distúrbios digestivos e do aparelho respiratório (asma, bronquite), alergias; disfun- ções orgânicas e glandulares; portadores de disritmia cerebral, obesos, alcoólatras e toxicômanos; doentes de males incuráveis; pessoas com dificuldades de ajustamento ou desvios sexuais; crianças com enurese, com tiques, com dificuldades de

aprendizagem, relacionamento conjugal, entendimento entre pais e filhos; questões profissionais, moral-religiosas e outros problemas.

Todos os pacientes, ao chegar ao Instituto de Medicina Psicossomática, seguem basicamente um mesmo *roteiro de etapas de tratamento*, planejado de tal forma que propicie a maior eficácia no mínimo tempo possível de terapia. Tal seqüência é a seguinte:

1. *Consulta médica inicial* — O paciente é introduzido no processo de terapia por um dos médicos da equipe. Examinado sob o ponto de vista físico, realizada a anamnese, verificados os trata-

//

mentos a que se vem submetendo e os medicamentos em uso, indica ele o psicólogo mais adequado àquele caso em particular.

2. *Fase preparatória* — Após a consulta, ainda por indicação médica, o paciente submete-se a uma série de processos auxiliares que visam quebrar bloqueios e resistências, ensinar a percepção e a abertura do inconsciente, refazer esgotamentos físicos e psíquicos, equilibrar o sistema nervoso, retirar os pacientes sugestivamente de estados maníacos, obsessivos, de crises depressivas, esquizofrênicas ou de agitação, regular mecanicamente o ritmo cerebral (disritmia), regular o sono ou a insônia, refazer do "stress".

A maioria dos pacientes sente grande melhora geral com a fase preparatória em si. No entanto, é importante que o paciente não interrompa o processo de tratamento, porque esse bem-estar, muitas vezes até confirmado por exames laboratoriais, médicos ou outros exames (EEG), pode ser apenas paliativo. Enquanto o paciente não realizar a RMI, a causa geradora da disritmia costuma continuar de forma ativa, no inconsciente.

Esses recursos auxiliares da fase preparatória são da área médica. Entre eles, está, em primeiro lugar, um aparelho chamado *neurotron.* E ele uma adaptação feita a partir do *sonotron,* aparelho encontrado no comércio e utilizado principalmente

contra insônia e estados hiperemo- tivos. Foi ele pesquisado por um cientista francês e aperfeiçoado por médicos russos, que se basearam na teoria dos reflexos condicionados de Pavlov. A adaptação do aparelho é feita de forma que possa ser útil a toda variedade de problemas psicoemocionais. Age ele com suave vibração sobre a área subcortical do cérebro, sobre os neurônios e as suas conexões, reativando-os. A linha contínua de graduações permite uma adaptação a cada cérebro em particular. Assim, ativam-se os de-pressivos, acalmam-se os hiperexcitados, descansam-se os estressados, regula-se o sono e equilibra-se o ritmo cerebral, no *neurotron.* Mas a função principal do *neurotron,* em termos preparatórios à terapia, é a liberação tranqüila e paralela do inconsciente. Digo “tranqüila” porque o paciente mal se apercebe disso, enquanto o terapeuta, que vê o paciente antes e depois dessas aplicações, observa muito nitidamente a diferença.

O *neurotron,* da mesma forma que a RMI, pode ser explicado pelas experiências de Penfield. A aplicação de suave vibração elétrica sobre o cérebro ajuda, então, a preparar o caminho para, mais tarde, evocar-se, com bem maior facilidade, as lembranças do pas-sado. Por meio do *neurotron,* a evocação da memória passada acontece de forma imperceptível. O *neurotron* apenas gera uma sensação de “amarras mais soltas”, de maior facilidade do paciente a ele submetido em encarar a si próprio e em enfrentar os fatos que o traumatizaram no passado, sem negá-los, como mecanismo de defesa. Genericamente, o *neurotron* é um aparelho que pode ser utilizado isoladamente com resultados muito satisfatórios para pessoas estressadas, com insônia, nervosas ou esgotadas, para estudantes em períodos de cansaço mental e para executivos.

O *neurotron* vem acompanhado de fitas musicais e sugestões apropriadas visando complementar, de forma agradável, os efeitos de recuperação cerebral, neuromuscular e psíquica do paciente. Para atingir os objetivos visados, o paciente necessita, em média, de oito sessões desse aparelho.

Um aparelho diferente, também utilizado sistematicamente na fase preparatória, é o *hipnotron.* É ele aplicado através de uma operadora treinada para falar ao paciente especialmente por meio de símbolos durante essas sessões. O assunto levado ao paciente segue a orientação conjunta ou alternada do médico e do psicólogo, e é transmitido pelo operador do *hipnotron,* realizando-se, normalmente, através de três sessões, sendo sempre individualmente adaptado a cada caso-problema. O *hipnotron* vem acompanhado de um colchão vibrador e de aparelhagem de som. Tem ele diversas funções: quando realizado na fase preparatória, visa, principalmente, a treinar o paciente para a introspecção, ou seja, para a aprendizagem da "visualização" ou percepção inconsciente.

As mensagens do *hipnotron* evocam aspectos positivos, alegres e consoladores da vida. A atitude dos operadores é acolhedora, de aceitação, dedicação e amor. O efeito do *hipnotron* é testemunhado como sendo agradável, de efeitos tranqüilizantes e animadores.

O *hipnotron* pode ser aproveitado para diversas funções específicas: a repetição de mensagens contrárias para casos obsessivos; o retorno à realidade para esquizofrênicos; os desbloqueios para resistentes; os reforços sobre as substituições positivas realizadas sobre o inconsciente.

O *hipnotron* faz parte também das terapias especiais, conforme se pode verificar no capítulo correspondente (4.3).

Ouros recursos auxiliares de preparação do paciente são a *fisioterapia,* visando ao relaxamento de músculos cronicamente contraídos, à melhora de dores musculares e às atrofias; a *soroterapia,* visando à desintoxicação do organismo do paciente, ao alívio de tensões e à ação energética; e o *Setor de Pesquisa* e *Avaliação* (SPA) para aplicação de testes.

De *recursos auxiliares* chamam-se também as assessorias especiais, o tratamento de alguns parentes específicos do paciente, a Logoterapia de motivação para um sentido de vida, o engajamento de

pacientes em atividades comunitárias e em certos processos terapêuticos de grupo.

Os recursos da fase preparatória podem ser intercalados também durante o processo de terapia realizada pelo psicólogo, se isto for considerado necessário.

3. *Preparado o doente,* vai ele agora ao psicólogo para submeter-se à RMI (reativação da memória inconsciente). O processo segue diversos sistemas, de acordo com cada paciente. As finalidades fundamentais da RMI são o desligamento do paciente das influências negativas de seus antepassados; a substituição de traumas de sua própria experiência passada, desde a concepção, por experiências positivas, também existentes no I, ou a valorização do sofrimento vivido; e o despertar do *eu-pessoal,* livre e responsável, para a reformulação e a reestruturação de um corpo fisicamente mais sadio e de uma personalidade mais equilibrada que se volte para o uso pleno do potencial humano, para o sentido existencial e a autotranscendência.

O processo da RMI pede, em média, 6 a 12 sessões de terapia.

4. *Fase de avaliação e reforço* — Após a liberação do inconsciente e a reestruturação sobre o *eu-pessoal,* o paciente é submetido a vários testes de avaliação dos resultados e a algum reforço. O exame final, nesse sentido, é realizado pelo mesmo médico que o recebeu na instituição. Dada a alta provisória, pede-se ao paciente que retorne dentro de seis meses ou um ano para nova avaliação e reforço. Isso é importante, porque a mudança inconsciente cria, com o correr do tempo, um gradiente de generalização de mudanças, as quais, embora sendo positivas, podem deixar algumas lacunas a serem ainda trabalhadas. Essas lacunas não são, porém, “problemas que retornaram”, pois uma vez que os traumas do passado foram resolvidos no inconsciente, não podem tornar a ser registrados; e, ainda que fossem novamente vivenciados fatos semelhantes aos traumas do passado, já não encontrariam eles a fraqueza psíquica e afetivo-emocional própria de uma criança ou

adolescente. Além disso, o processo de terapia fornece ao paciente recursos para defender-se mais adequadamente de novos problemas.

5. *O processo básico de tratamento pela TIP,* portanto, como se pode conferir, *necessita de uma média de vinte e cinco sessões.* Este pouco tempo necessário para uma terapia de tanta profundidade e de resultados excepcionalmente satisfatórios, não só quanto à cura de doenças físicas e psíquicas, mas também no que diz respeito às transformações dos pacientes em pessoas mais otimistas, capazes, de mais viva inteligência, alegres, confiantes, em-preendedoras e de fé, tem causado surpresas aos profissionais do campo da Psicologia, da Medicina, como ao público em geral. No entanto, nada há de incomum nesses resultados, desde que se utilizem os processos de abordagem e terapia diretas sobre o inconsciente, o que permite atingir, sem delongas, o centro dos problemas básicos e de irradiação geral para todas as dimensões humanas, estruturais, funcionais e das decisões livres do ser humano.

Ao encerrar esse capítulo sobre a metodologia e a instrumentação técnica, cabe-nos dizer que, apesar da importância que vemos na sistematização e teorização de uma terapia para que se facilitem estudos e pesquisa, a estatística, o ensino e a aprendizagem, não cremos, porém, *que seja possível resolver problemas humanos apenas com recursos técnicos.* Ao contrário: *vale muito mais a atitude do terapeuta.* O ser humano é sempre único, sempre um mistério. É preciso que o terapeuta se coloque diante de cada paciente numa atitude renovada de querer entendê-lo globalmente e não só com a inteligência, não só com a técnica, mas com a compreensão do *coração* que *sente* cada ser humano como único e diferente. Dizia São Francisco de Assis: “Por mais deprimente que seja a aparência de um homem, a fagulha da existência do Eterno e a dignidade de filho amado de Deus estará nele presente.” No momento do tratamento, o terapeuta deve esquecer de si, ir totalmente ao encontro do paciente, tentar penetrar o mais fundo possível no seu interior para aí “absorver sua realidade” e não

apenas para “analisá-lo” friamente.

Sim, a terapia psicológica é antes de tudo uma terapia humana, é *um ato de amor.* E a terapia humana, a atitude de querer o bem real do paciente e de voltar-se sobre ele com todas as forças, traz ao terapeuta um conhecimento mais amplo e sábio do paciente e num tempo incomparavelmente mais curto que a análise de variáveis isoladas fornecidas por ele.

Dizer-se que a terapia é, antes de tudo, um ato de amor não é sinônimo de sentimentalismo, de concordância plena, de apoio incondicional da parte do terapeuta. Mas é fazer exatamente *aquilo que precisa ser feito.* Se o paciente for pessoa chantagista, egocen- trista, se faz sofrer o mundo que o cerca e se ainda se coloca como vítima, *o amor* do terapeuta significa *firmeza,* energia e desmascaramento, sem vacilação, mesmo que o paciente abandone, por causa disso, a terapia. Pois todo esse comportamento do paciente é a própria causa de suas doenças e ele precisa sentir, para o seu bem maior, que não terá apoio superprotetor enquanto quiser manter estas atitudes. Mantém-se ele nessa posição, muitas vezes, por comodismo e porque pensa que ninguém conhece seu segredo íntimo. Por isso não se desinstalará antes de ver que alguém de fora percebe tudo que nele acontece. Levará, então, um choque, um susto, que pode criar reações de agressão e de maledicência contra o terapeuta, mas que gera uma reação no seu mundo inconsciente e, a partir daí, já não o deixa em paz. Então, se o paciente se afastar da terapia, tenderá a voltar mais tarde.

Todo ser humano tem sede da verdade e todo homem quer melhorar e aperfeiçoar-se. Compreender isto exige a atitude de amor, de um amor discernido, da parte do terapeuta, o que será a sua primeira e insubstituível técnica — se assim podemos chamar essa atitude. Tem esse amor a capacidade de infiltrar-se no conjunto da metodologia e de tomar mais eficazes todas as outras técnicas conscientemente aplicadas pelo terapeuta.

4.3 **PROCESSOS E PACIENTES ESPECIAIS**

4.3.1 ATENDIMENTOS ESPECÍFICOS

Ao lado do processo completo do tratamento TIP, criaram-se terapias ou atividades especiais: o processo incompleto para “stress”; o processo indireto para crianças, psicóticos, epilépticos, deficientes; o Serviço de Orientação e Aconselhamento (SOA), de Orientação Pedagógica (SOP) e de Identificação Vocacional (SIV); o “grupo viven- cial” e o de “voluntários”; as palestras semanais.

O processo básico e completo da TIP, conforme explicado no capítulo “Metodologia”, é sempre uma terapia válida, não só para doentes ou psiquicamente desequilibrados, mas para toda pessoa que deseja conhecer-se melhor, que queira desabrochar mais plenamente sua capacidade mental e sua potencialidade em geral, que deseja exercer controle mais consciente sobre si mesma e suas emoções, que procura sentir-se mais capaz e eficiente na superação dos problemas profissionais e do dia-a-dia, enfim, que aspire a tornar-se mais saudável, confiante, descontraída, alegre, de fácil relacionamento e otimista.

Mas nem sempre é possível a essas pessoas dispor de seu tempo para realizar a terapia completa. Gostariam, no entanto, de servir-se da TIP em fases mais difíceis, em períodos de esgotamento e de “stress”, de nervosismo, de preocupação maior, após períodos de sofrimento emocional e afetivo, em fases de estudo intensivo e em outras situações circunstanciais ou excepcionais de sua vida. Ao lado dessas, existem as pessoas idosas, cujo estado cerebral e de hábitos instalados tornaria difícil e penoso a submissão ao processo de reativação da memória inconsciente (RMI). Há os estudantes, cujo interesse específico é descobrir sua vocação, o que gostariam de fazer a partir da revelação de seu inconsciente, para evitar o bem mais moroso processo de sujeitar-se a uma bateria de testes vocacionais.

Há, ainda, as pessoas que, embora dispondo de

tempo, não têm maturidade psicofísica para se submeter à terapia completa ou não convém que o façam, como é o caso de crianças.

Para essas e muitas outras situações, não é o bastante fazer as ligeiras adaptações do processo básico da TIP a cada caso particular, mas torna-se necessário adaptar o processo como um todo. Daí, agruparam-se, pouco a pouco, novos procedimentos e agora já podemos apresentar algumas classificações desses processos especiais da TIP ou da abordagem direta do I. São elas:

A. *O processo incompleto* — é para pessoas que dispõem de pouco tempo para a terapia, conforme recém-especificado, e que desejam ajuda apenas em situações mais difíceis ou de sobrecarga do momento atual. Entre essas, estão os *estudantes* especialmente de vestibular. No IMEP, podem eles realizar logo após a consulta médica — uma série de aplicações de *neurotron,* porque esse descansa o cérebro, equilibra o sistema nervoso e, ao mesmo tempo, reativa os neurônios, dando novas forças, melhorando a concentração e a capacidade de aprendizagem. A essas sessões, em número e regulagem ajustados a cada pessoa, pode ser acrescentada uma sessão com o psicólogo, que, por sua vez, encaminhará o paciente ao operador de *hipnotron* para uma série de três a cinco sessões de sugestões positivas, elaboradas sobre a realidade de seu inconsciente (bloqueios, dificuldades) e voltadas para o interesse específico desse estudante, como, por exemplo, ao vestibular.

Esse processo, por extensão, pode ser aplicado a todo e qualquer estudante com dificuldade de aprendizagem, mesmo que seja criança.

O mesmo processo, com dispensa da RMI, pode ser utilizado *para executivos,* visando a um descanso periódico, para *estressados,* para pessoas físicas e psiquicamente *esgotadas.* Podem-se acrescentar a estes casos algumas massagens de relaxamento.

Aos *idosos* também se oferece uma terapia incompleta e, para esses aumenta-se o número de sessões de *hipnotron,* com sugestões positivas, de acordo com o seu inconsciente particular. Convém,

quase sempre, que o processo desses pacientes não seja realizado de uma só vez, mas que se estenda numa programação periódica, para que possa servir também como função de apoio e de atenção a essas pessoas que sofrem, geralmente, o pesado fardo da sensação de inutilidade e de fim de vida. Por meio das sugestões ou orientação, torna-se possível levá-las a reagir dessa passividade e também a descobrir uma função numa atividade importante e útil de serviço aos outros e à comunidade.

Às *crianças,* embora possam ser atendidas pelo processo indireto, pode-se oferecer também o tratamento do processo incompleto, no caso a “reestruturação” de registros positivos.

Os *casais* com problemas de desajustamento encontram, pela TIP, várias alternativas de solucionar seus problemas. Uma delas é a terapia incompleta, visando a soltar as defesas inconscientes de um contra o outro, para depois completar-se a terapia por meio de técnicas específicas, utilizadas com os dois em conjunto ou separadamente.

Em alguns casos, como em relação aos *esquizofrênicos*, inicia- se o processo incompleto calcado mais sobre o *hipnotron.* Muitas vezes o paciente volta, por meio desse aparelho, à realidade e pode, então, ser submetido ao processo de RMI, para não tornar a ter crises do seu mal. Esses pacientes necessitam de soroterapia para eliminar a intoxicação medicamentosa. Vale isso para *viciados em drogas* ou para pacientes que, durante anos de tratamento psiquiátrico, tomaram altas doses de psicotrópicos.

B. *O processo indireto* — é o processo de tratamento realizado, não com a pessoa doente, mas através de parentes próximos ligados ao doente e que tenham de preferência ligação inconsciente direta com o mesmo (filho, mãe, pai, avós).

De forma genérica, o processo indireto está presente em qualquer caso tratado pela abordagem direta do inconsciente. Cada paciente terapizado atinge beneficamente os seus familiares. Observa-se, porém, que uma mudança altamente significativa acontece nos filhos na medida em que uma mãe realiza

o tratamento, ainda que ela, externamente, não modifique seu comportamento e até mesmo quando não está perto deles. Sendo que muitas das mães-pacientes do IMEP vêm de outros locais e capitais, permanecendo nesta cidade enquanto realizam seu tratamento, elas podem dar testemunho muito autêntico das mudanças em seus filhos, que acontecem automaticamente na mesma medida em que elas, as pacientes, melhoram pela terapia e enquanto ainda estão longe deles. Vejamos, então, mais de perto, esta terapia:

B.l. *Processo indireto — “mãe-filho”*

Existe uma comunicação não-verbal entre pessoas e, especialmente, entre mãe e filho. Esta comunicação é quase total na fase do útero materno e diminui gradativamente sua intensidade na medida em que a criança entra na adolescência, quando, numa estimativa estatística, a força dessa comunicação reduz-se a 50%.

Isto se observa a partir da experiência clínica da TIP. Esta observação conduziu à conduta terapêutica de realizar-se a *terapia através da mãe* sempre que o filho não pode fazê-la diretamente, ou porque a idade não o permite, ou porque é deficiente, ou por outros motivos.

É possível que seja difícil compreender esta nossa conduta técnica, exatamente porque é difícil precisar, pelo método científico, de que tipo seria esta comunicação de inconscientes entre mãe e filho ou de que forma ela acontece.

Por esse motivo apresentaremos algumas considerações e, conclusivamente, algumas hipóteses resultantes da experiência clínica, as quais poderão servir de elementos de estudo aos especialistas interessados em descobrir uma melhor explicação científica sobre a forma como se dá uma comunicação não-verbal de inconscientes entre pessoas. É o que segue:

Iª — Pela ciência, sabe-se que a função elétrica do cérebro também se irradia para fora dele e para além do crânio, pois pode ser medida externamente pelo eletroencefalograma. Temos aqui, portanto, uma premissa sobre o assunto que estamos desenvolvendo,

isto é, a constatação de que existe uma irradiação de energia bio- elétrica partindo do ser humano para o ambiente exterior a ele. As fotos do cientista russo Kirlian registram esta irradiação. E a Bio-energética hoje a estuda.

2ª — O processo indireto, ou seja, a atuação mental de comunicação *não-verbal* entre duas pessoas também foi observada pelo cientista e neurocirurgião Wilder Penfield (para entender melhor o seu argumento, recordemos que "mente" tem para ele um sentido similar ao *eu-pessoal* na TIP). Diz o cientista: "Eis aqui como estou-me aproximando do final do estudo, com uma sugestão a mais, do ponto de vista médico. Trata-se de uma observação relevante para qualquer inquérito sobre a natureza da existência humana e em conformidade com a proposição de que a mente possui uma existência em separado... De acordo com conclusões científicas, a mente pode comunicar-se somente através de seu mecanismo cerebral. Certamente ela o faz, e com mais freqüência, através dos mecanismos da fala. Não obstante, visto que a natureza exata da mente é um mistério e a fonte de sua energia tem ainda que ser identificada, nenhum cientista está em posição de dizer que a comunicação direta entre uma mente ativa e outra não possa ocorrer durante a vida. Ele (só) pode dizer que a evidência incontestável ainda não foi exposta." (Ibidem.)

3ª — Há várias teses, como as de Koestler e de Leprince, tecendo considerações sobre um tipo de energia de comunicação entre seres humanos sem o uso da fala ou de gestos, e sobre a forma de sua propagação: isto, antes de mais nada, quer dizer que este tipo de comunicação e ação energética tem sido verificado e vem sendo estudado por cientistas. Entre o povo, é comum a experiência da "telepatia", que é o conhecimento "intuitivo", ou seja, sem dados sensíveis, tais como a visão, o tato, as informações do que se passa com outras pessoas, mesmo a distância.

4ª — Há também experiências em termos dessa ação energética de pessoas sobre animais, objetos, o

próprio corpo ou o corpo de outros. Esse assunto é estudado pela Parapsicologia e os fenômenos observados são os mais diversos, tais como: a *telergia* (ação sobre objetos ou pessoas), a *telecinesia* (movimentação de objetos), a *ectoplasmia* (formação de objetos e de formas fora do corpo), a *bilocação* (a formação de um duplo de si mesmo que, mesmo transportado a distância, permanece ligado ao corpo) e tantos outros.

Nesse sentido, existe uma experiência interessante, apresentada no Congresso Mundial de Parapsicologia e Medicina de Barcelona (1977), com duração de 48 horas e que se constituiu no seguinte:

Experimento:

Colocaram-se três porções de carne iguais e contaminadas sob três campânulas de vidro, uma ao lado da outra. A carne da parte central foi escolhida para controle. Sobre a primeira e a última porção de carne, um parapsicólogo agiu mentalmente (telergia), assumindo a atitude interna de aumentar e respectivamente de diminuir a taxa de reprodução das bactérias. As hipóteses iniciais foram confirmadas. Na primeira porção de carne, houve um aumento de 30% das bactérias em relação à taxa normal de reprodução daquelas da carne central de controle. Na última porção de carne, houve uma baixa dessa taxa, também em aproximadamente 30% em relação ao nível de controle.

(Experiência dos médicos F. A. Rovatti e L. Linhares).

Essas quatro considerações ligeiras que fizemos visam não só a facilitar a compreensão da existência de uma energia que emana ou que realiza uma comunicação não-verbal entre pessoas, como devem ajudar o entendimento dos *efeitos* dessa ação energética mental e dos motivos pelos quais se torna possível tratar ou curar um filho através da mãe.

5“ — Outra consideração importante para a compreensão dos efeitos de uma atuação de energia mental da mãe sobre a criança é a que se refere às emoções e às reações orgânicas ou psíquicas que as mesmas provocam.

Dizem, nesse sentido, Charles e Sawley Telford em seu livro “O Indivíduo Excepcional”:

“A emoção é a ponte de ligação entre psiquê e físico. A emoção, constituinte da psiquê, quando desencadeada, altera toda a homeostasia orgânica, criando imediatamente reações bioquímicas ou físicas. (No livro citado, fala-se em experiências realizadas sobre este assunto.) Sabe-se, por exemplo, que o choque e o medo geram a secreção maciça de adrenalina. Desses surgem os batimentos cardíacos, ansiedade maior, suores, palidez, aumento da pressão sangüínea. E o excesso de adrenalina tem sua influência sobre o equilíbrio dos outros hormônios. Não existe ação hormonal totalmente isolada. Assim, a adrenalina motivada por causa de emoção gera o desequilíbrio interno dos outros hormônios e com todas as suas conseqüências. Tal situação, quando continuada, pode apresentar uma ameaça à saúde física tão violenta quanto bactérias e vírus: há dores de cabeça, visão perturbada, pulso acelerado e até eletro- cardiografias anormais (Selye — Universidade Germânica — Praga). De experiências frustrantes na vida familiar, social e profissional, surgem doenças, tais como febres reumáticas, mal dos rins, problemas geniturinários, hepatite, meningite, pneumonia (Mutter e Scheeifer — Escola de Medicina de Boston).”

O Dr. Carlos Misael Furtado, médico e componente da equipe do IMEP, fornece-nos mais uma pesquisa sobre o assunto {dados extraídos expecialmente do livro “Controle Cerebral e Emocional”, de Narciso Irala, e do artigo “Alterações Funcionais do Aparelho Digestivo”, publicado em revista médica de autoria do Professor Joaquim Prado Moraes Filho). Relata- nos o médico:

“Considere-se:

a) *Emoções negativas:* a ira, o temor, a tristeza.

b) *Emoções positivas*: o amor, a segurança, a alegria.

Tais emoções são causadas em nós não só pelos acontecimentos em si, mas pela atitude que assumimos face aos mesmos. Se optarmos pelas emoções positivas, teremos euforia, claridade mental, distensão muscular

e ativação das defesas orgânicas contra enfermidades. A nossa saúde física e psíquica será melhorada e tenderemos à longevidade. As emoções negativas, ao contrário, destroem a saúde, desequilibram o psiquismo e encurtam a vida.”

Vejam-se a seguir, com mais detalhes, os efeitos das emoções negativas sobre o organismo:

a.l. *Efeitos orgânicos das emoções negativas*

A maioria das doenças não são físicas, nem psíquicas, mas psicossomáticas. São produzidas, inicialmente, por idéias e sentimentos que acabam afetando partes ou áreas do nosso organismo que se encontram enfraquecidas ou predispostas a receber essa *somatização.*

Exemplos de efeitos orgânicos que partem da tensão:

- *Coração:* taquicardia, palpitações.
- *Vasos sangüíneos:* palidez, tremor, vermelhidão, dores de cabeça.
- *Pulmões:* sufocamento, hiperventilaçâo, vertigens, tonturas.
- *Faringe:* o bolo histérico (em 95% dos casos originário de emoções negativas).
- *Pescoço:* dores na nuca (em 75% causado por emoções negativas).
- *Aparelho digestivo.*

O aparelho digestivo é o órgão mais afetado pelas emoções negativas. Reage ele diante de distúrbios emocionais, com manifestações reativas de luta e fuga. Veja-se o esquema:

Agressividade Hostilidade Dinamismo	Fliperfunção visceral	espasmo dor hipertensão
f Desistência > Frustração Tristeza	Hipofunção visceral	anorexja náuseas constipação

V /

Luta

Fuga ' Recolhimento ’

As diarréias são causadas pelo temor, pelos apuros, pelas angústias. A tristeza, o desgosto, a falta de esperança e ausência de sentido de vida causam 70% da prisão de ventre.

a.2. *Efeitos hormonais das emoções negativas*

a. 2.1. *Emoções depressivas ou derrotistas*

Neste caso, o hipotálamo, que recebe a emoção a partir de pensamentos e sentimentos, age sobre a hipófise e essa libera o STH, o hormônio estimulante da tireóide. O STH existe no organismo para defendê-lo contra invasores externos e faz o mesmo quando sobrevêm situações ou emoções depressivas. O excesso de STH, porém, gera a hipertensão, o artritismo, asma, cansaço, dores no corpo e apatia;

a. 2.2. *Emoções agressivas*

O hipotálamo atua por via nervosa direta sobre a medula das supra-renais (região mais central da glândula) através do sistema nervoso simpático. Diante das emoções agressivas, há maior liberação de hormônios da medula das supra-renais, entre eles, da adrenalina.

O hipotálamo age também sobre a hipófise e esta libera o ACTH (hormônio ativador do córtex das supra-renais). E, da parte externa das supra-renais, liberam-se cerca de 27 hormônios importantes, entre eles a cortisona.

a. 3. *Efeitos das emoções negativas sobre o psiquismo*

As emoções podem também não trazer alterações funcionais ao organismo e afetar apenas o psiquismo, trazendo neuroses e psicoses. Em tais casos, os pacientes queixam-se ao médico de vários sintomas que são reais e físicos, mas não diagnosticáveis fisicamente. O médico afirma, então, que o paciente *não tem nada doente,* o que perturba o paciente, porque sente dores e mal-estares. De fato, os órgãos estão sãos, mas o funcionamento é perturbado. A enfermidade funcional pode, com o tempo, gerar alterações orgânicas.

6° — Conjugando agora tudo que foi dito sobre a

existência de uma energia bioelétrica que se irradia da mente humana sobre a realidade de uma comunicação não-verbal e sem dados sensíveis entre as pessoas, sobre os efeitos desta comunicação ao atingir-se outras pessoas, levando-se em conta os dados apresentados sobre o efeito orgânico, hormonal e psíquico das emoções positivas e negativas, e relacionando-se, ainda, tudo que já descrevemos anteriormente sobre a nossa experiência clínica com a abordagem direta do inconsciente, concluímos:

6.1 — uma vez que existe uma profunda ligação, por vezes quase simbiótica, entre os inconscientes de mãe e filho, pode-se afirmar que as emoções negativas da mãe contagiam o psiquismo do filho e, conseqüentemente, pelos efeitos emocionais desta identificação, também o seu organismo. Aliás, não é só o inconsciente direto da mãe que se comunica ao filho, mas os inconscientes registrados dentro da mãe, de várias gerações, pois, como já explicamos, eles não são registros mortos, mas têm atuação viva e constante;

6.2 — revertendo-se esta observação negativa para o positivo, verifica-se que uma mãe tratada pela RMI, em cujo inconsciente substituíram-se os registros negativos, estará curando não apenas a si mesma, mas simultaneamente a todos os seus filhos, tanto das influências psíquicas como dos males físicos que ela lhes transmitiu desde a concepção;

6.3 — se isto é válido para qualquer época ou idade da criança, ao menos até a adolescência, quanto mais forte o será na fase da gestação ou no momento da concepção. Assim, por certo, as emoções negativas da mãe têm grande ligação e muito a ver com o nascimento de *crianças deficientes, autistas e mongolóides.*

7“ — Para fundamentar melhor esta última afirmação, recordemos o seguinte:

O ácido desoxirribonucléico ou DNA traz em si toda a reprodução exata de si mesmo e manda informações ao citoplasma pelo RNA (mensageiro), que gera *moldes* para serem *copiados.*

O DNA e o RNA, portanto, exercem o controle sobre a reprodução e os processos celulares. Mas eles são apenas substâncias químicas que podem perfeitamente sofrer alterações, se houver outras *instruções* a agirem sobre o *molde a ser copiado.*

De fato, a Medicina nos fala sobre modificações que ocorrem no DNA. São elas as *mutações* ou *alterações cromossômicas* que significam a transformação das mensagens enviadas e mudanças nos processos celulares. A partir dessas modificações, a nova mensagem passa a perpetuar-se nos descendentes dessas células. Segundo a Biologia, tais mutações acontecem em função de drogas, raios X, raios laser, ausência de certas substâncias e outras causas.

Ora, embora pouco se saiba da influência das emoções negativas sobre o código genético (DNA-RNA), não nos parece absurdo deduzir do acima exposto que as mudanças hormonais e orgânicas produzidas na mãe por emoções negativas, se acontecem tão violentamente num organismo adulto, com bem maior razão poderiam atingir o delicado e complexo processo da concepção e da gestação da criança de útero materno, gerando perturbações psíquicas e físicas e, inclusive, do código genético. Isto no nosso entender poderia conduzir a anomalias as mais diversas e dar origem a aberrações cromossômicas, assim como à trissomia, causa mais comum da criança mongolóide.

7.1 — esta nossa hipótese é reforçada pelo fato de que a experiência clínica com a ADI no tratamento da mãe de crianças deficientes e de crianças mongolóides nos mostra a existência, praticamente sem exceção, de emoções negativas e de problemas profundamente traumatizantes no contexto do ato sexual gerador até à concepção e, para além destes momentos, neste tipo de crianças. Às vezes, as mães não têm lembrança consciente desta situação-pro- blema, mas a encontram quando investigam seu inconsciente pela RMI. E estes traumas são, em percentagem altíssima, resultantes de problemas de rejeição à criança, desentendimentos conjugais graves ou infidelidade conjugal;

7.2 — mais uma vez, porém, lembramos que se a mãe é o canal que pode conduzir a esses males, também é ela o “medicamento mais eficaz” e, muitas vezes, o único medicamento capaz de curar seu filho. Pela sua

comunicação não-verbal com a criança e pela substituição, em seu inconsciente, dos registros negativos por positivos, pode ela modificar códigos psíquicos e físicos do inconsciente de seu filho deficiente, mongolóide ou autista. E, ao que tudo indica, a partir dessas decodificações, novas mensagens passam a bombardear a reprodução celular da criança;

7.3 — se a afirmação acima é uma hipótese, os resultados em termos de efeitos da atuação mãe-filho, porém, são comprovados por nossa experiência. De fato, o *processo indireto* do tratamento dessas crianças deficientes ou mongolóides através da mãe gera nelas grandes modificações, ao menos nas suas expressões fisionômicas, na maneira de elas se comunicarem e comportarem e, especialmente, na evolução de sua inteligência, que tende à normalização;

7.4 — é importante considerar ainda que estas melhoras geradas pela mãe nas crianças deficientes ou mongolóides não são apenas temporárias e não regridem. Ao contrário, elas deslancham um processo progressivo contínuo de melhora.

8® — Isto se coaduna com o que já explicamos sobre a RMI de que, “uma vez feita a substituição dos registros negativos por positivos no inconsciente, os negativos já não podem mais ser reativados sobre o nível I, embora possam ser lembrados em nível consciente”. Daí formulamos outra hipótese, a de que os resultados benéficos da RMI sobre a mãe e desta sobre a criança, como aliás toda a RMI, não só realizam mudanças psíquicas, mas também modificações eletroquímicas no código neuronial do cérebro, ou seja, mudanças físicas neste código.

9º — Se todos «stes nossos raciocínios e hipóteses sobre possíveis explicações para o “processo indireto” da TIP forem considerados viáveis pelos cientistas interessados no estudo dessa questão, pode-se chegar a uma outra conclusão no que diz respeito, genericamente, à TIP: é que a *dinâmica psíquica,* tanto a dos desequilíbrios como a das terapias, é sempre emocional e como tal gera ela reações com efeitos hormonais ou orgânicos, o que,

por sua vez, cria mudanças eletroquímicas no código neuronial. Portanto, a dinâmica psíquica é também um *processo físico.* Isto confirma a nossa experiência clínica de que não existem problemas psíquicos ou físicos isolados. Da mesma forma os processos noológicos, os quais costumam manifestar-se por emoções mais fortes que os psíquicos, porque definem a própria dimensão humana, expressam- se também por reações psicossomáticas. Assim, de acordo com o que afirmamos, o ser humano não pode ser tratado eficientemente se abordado apenas em um dos três níveis de sua estruturação integral, ou se um só desses três níveis deixar de ser simultaneamente considerado pelo terapeuta. E isto vale de maneira especial para o processo indireto do tratamento de deficientes ou mongolóides, através da mãe, uma vez que o trauma original desencadeador do mal mental desta criança registra um desequilíbrio violento da integração psicossomática da mãe junto à concepção da criança. (Se há exceções, não as encontramos em nossa experiência.)

B.2. *Etapas da terapia pelo processo indireto de mãe-filho*

No processo indireto de pacientes menores, deficientes ou mongolóides, após o primeiro exame médico, geralmente o mesmo é dispensado e a continuidade é realizada através do tratamento da mãe. Seriam, portanto, as etapas desse atendimento:

1. exame médico do paciente, da criança mongolóide, deficiente, ou simplesmente da criança abaixo dos 12 anos de idade. O médico solicitará os exames laboratoriais quando necessário, o ca- riótipo para o mongolóide, testes do Q.I. e outros que possam fornecer dados para a comparação final, após o tratamento;

2. a criança — ou mesmo o paciente adulto — é dispensada do tratamento e a mãe o assume. A dependência mãe-filho, que se evidencia mais fortemente nesses casos do que em filhos sem problemas, é inicialmente reforçada, para que a mãe encontre campo aberto, no sentido de transmitir ao

filho emoções positivas que, por sua vez, possam agir sobre o psiquismo, o comportamento, o físico em geral e, especialmente, a *inteligência,* onde se verificam grandes mudanças no QI com esta terapia (a ausência do “cariótipo” final destes pacientes impede a nossa avaliação sobre mudanças ou não na “trissomia”);

3. após o tratamento da mãe, e na medida em que o filho melhora, trabalha-se o desligamento psíquico mãe-filho.

É interessante verificar que neste último estágio a mãe, muitas vezes, torna-se uma paciente difícil: acostumada a dedicar seu tempo a um filho doente, vê-se repentinamente jogada num vazio existencial, conflito que pode bloquear a melhora que vinha acontecendo no *doente.* A partir daí, o prosseguimento do tratamento torna-se inútil se não for trabalhado com a mãe um outro engajamento em atividades úteis e compensadoras, um novo sentido de vida.

B. 3. *Outros processos indiretos*

Destacamos o processo indireto mãe-filho porque a ligação inconsciente neste caso é excepcional. Mas pela ADI pode-se tratar indiretamente dos pais através dos filhos, da esposa através do marido e vice-versa, de irmãos através de outro irmão e até mesmo de pessoas não parentes e de ligação afetivo-emocional mais distante.

C. Processos para psicóticos e epilépticos

Os psicóticos, depois de devidamente examinados pelo médico da equipe do IMEP, se admitidos para o processo TIP, são submetidos a uma terapia especial de maior número de sessões de aparelhagem, principalmente de *hipnotron.* Através deste aparelho, é possível, muitas vezes, trazer o paciente de volta à realidade, da qual se encontra alienado e, então, submetê-lo à RMI para que não torne a cair naqueles estados doentios. São muito típicos os problemas de infância e de útero materno dos esquizofrênicos e de outros psicóticos.

Pacientes epilépticos e os disrítmicos em geral necessitam de maior número de sessões de *neurotron.* Através deste meio, tem-se conseguido regular a

função elétrica do cérebro. Embora o aparelho de *neurotron,* por si só, possa levar o paciente a ter um EEG normal, essa normalidade só persistirá se for acompanhada do posterior tratamento dos problemas emocionais pela RMI.

D. Processos grupais:

— de *voluntários,* os quais, por meio de suas atividades, angariam recursos para ajudar no tratamento de pacientes com dificuldades financeiras. Esses voluntários são, em sua grande maioria, pacientes já tratados pela TIP e que querem, dessa forma, dar a outros a mesma oportunidade que tiveram. E essa, ainda, uma maneira de ir ao encontro de um novo sentido de vida;

— o *grupo vivencial* foi criado para pessoas que terminaram o tratamento mas que encontram dificuldades em adaptar essa mudança em sua vida; tal qual uma pessoa que ganhou na loteria, pode ela tornar-se eufórica, mas de repente começar a sofrer o "problema" de não saber como aplicar seu dinheiro; assim, a pessoa total e rapidamente recuperada pela TIP, após anos de doenças e de hábitos negativos, às vezes perturba-se com a sua recuperação e precisa de ajuda para a mudança de atitudes;

— *terapia TIP em grupo* é a aplicação da terapia sobre o inconsciente num grupo de 10 a 12 pessoas e numa seqüência de 7 sessões.

E. Processos individuais, de casais e outros:

— de *noivos ou recém-casados,* visando à preparação conjugal que se refletirá sobre uma gestação sem traumas para a criança que um dia será concebida;

— *de gestantes,* de preferência o casal, no sentido preventivo, com sugestões positivas para o parto e para a saúde psicofísica da criança que está sendo gerada. Pode ser acompanhado de *neurotrons* e *hipnotrons*\

—*processo* SOA é o "Serviço de Orientação e Aconselhamento". Muitos pacientes gostariam de conversar demoradamente sobre o seu problema ou sobre o problema de parentes seus, antes de assumir o

compromisso da terapia. Outros, como noivos e casais, gostariam de uma espécie de diagnóstico sobre o seu relacionamento. Alguns pacientes já encerraram o tratamento, mas desejariam uma orientação específica. O SOA é uma só consulta com o psicólogo;

— *o processo TES* é a terapia especial para estressados, orientada pelo médico da equipe e auxiliada pela aparelhagem;

— *o processo SOP de orientação pedagógica* visa auxiliar a aprendizagem escolar, especialmente quando prejudicada por bloqueios do inconsciente;

— *as palestras semanais* visam aos pacientes matriculados durante a semana e a seus familiares, mas são abertas a outras pessoas. Versam sobre o funcionamento do IMEP e o tratamento TIP;

— pelo SPA (Setor de Pesquisa e Avaliação) realizam-se testes com o paciente, antes e depois da terapia;

— pelo Grupo da Sabedoria atende-se a idosos;

— e a FUNDASINUM (Fundação de Saúde Integral Humanís- tica) treina novos profissionais no método TIP, realiza cursos e atende a carentes.

4.3.2 PACIENTES ESPECIAIS

"Pacientes especiais" é o nome que demos aos pacientes tratados pela ADI e que, de alguma forma, registraram mais fortemente sua passagem por esta clínica, motivo pelo qual o terapeuta da equipe que cuidou dos seus problemas relata aqui o seu caso.

Todos os dias os técnicos da clínica IMEP, em encontros informais, transmitem uns aos outros suas preocupações profissionais em torno de seus casos em tratamento. Pedem eles uns aos outros ajuda e sugestões, falam de suas alegrias gratificantes quando conseguem resolver os problemas de seus pacientes, quando removem neles males físicos, psicossomáticos ou traumas profundos, e mostram sua tristeza quando não encontram no doente aquela colaboração que o conduziria à cura e à libertação total de seu eu original. Em nossa equipe, os diversos membros se entrosam e se apóiam, transferem entre si os clientes, complementam seus trabalhos e mantêm-se sempre fixos ao seu primeiro objetivo: o interesse e o bem do paciente. E é compreensível que o profissional guarde em sua memória, de maneira especial, a recordação de algum paciente que lhe custou mais esforço ou que teve resultados mais surpreendentes. Fizemos a coleta de alguns desses casos e os trazemos aqui, relatados pelos profissionais responsáveis, porque exemplificam mais vivamente o trabalho da equipe TIP.

Antes, porém, queremos esclarecer o leitor.

Os relatos que seguirão são apenas sumários de casos tratados. Incluem também uma ligeira descrição de alguns dos passos dados na terapia, sem a especificação das técnicas. As condutas terapêuticas que serão apresentadas podem, às vezes, parecer óbvias ou superficiais, mas é preciso lembrar de que são aplicadas pelo processo da RMI. Por meio desta técnica, muda-se não só a lógica do pensamento e a compreensão, mas também o sentimento, as emoções, as reações inconscientes do paciente. Assim, por exemplo, quando um paciente percebe que foi rejeitado no útero materno, já existe nele uma programação psicossomática negativa em atividade inconsciente. Tenderá o paciente a sentir revolta contra seus pais, projetando-a nos outros, na humanidade e até contra si mesmo. Sofrerá tristeza, angústia e desejo de morte... Pouco lhe adiantará saber conscientemente que seus pais o amaram e a ele se dedicaram mais tarde, pois os registros inconscientes continuarão lhe dando a sensação de que ele não é amado e provocarão toda uma cadeia de sintomas desagradáveis,

mais o agravante do sentimento de culpa *f* da autopunição em relação a estes pais, que ele deseja querer bem. Mas quando as condutas apontadas são trabalhadas sobre o próprio inconsciente, mudanças profundas acontecem, como já se viu nos relatos precedentes.

De acordo com o exposto acima, seguem os relatos de casos:

CASO 1 — Processo indireto de tratamento de um *menino mongolóide* (Psicólogo: Ismael José Vilela — Médico: Dr. Domingos Lopes Furtado).

Histórico'. A mãe do menino mongolóide procurou-nos em fins de 1980. A família, vinda de outro Estado, é de nível cultural e econômico simples. O casal vive junto, mas nunca houve entre os dois uma comunicação maior de pessoa a pessoa. O problema conjugal é sofrido pela esposa como frustração de vida, enquanto que o marido afoga-se nos negócios, sem tomar conhecimento dos assuntos familiares. Também foi a esposa quem trouxe o menino mongolóide para tratamento. O marido não se interessa, não acredita num tratamento para o filho.

Anamnese da mãe: Ansiosa, depressiva, sofrendo de enxaquecas, tem dificuldades na vida conjugal e outros problemas.

Tratamento da mãe: Foi ela submetida a algumas sessões de aparelhagem, realizando-se, a seguir, a reativação da memória inconsciente com remoção de traumas e reforço das experiências positivas. O tratamento foi intensivo e teve a duração de 70 dias, durante os quais a mãe não só foi tratada mas também treinada a agir positivamente sobre seu filho mongolóide de quatro anos de idade.

1ºRetorno: Três meses após a alta, a mãe retornou ao psicólogo para uma sessão de avaliação dos resultados da terapia: a mãe havia superado todos os problemas, com exceção dos conjugais, os quais, apesar de melhorados, persistiam. Sobre o filho, fez ela as seguintes observações:

Positivas: houve uma profunda modificação no relacionamento com a mãe, no sentido de aproximação. Os amigos de convívio do menino fizeram comentários,

por diversas vezes, sobre as mudanças fisionômicas, mesmo sem saber que o tratamento da mãe tinha algo a ver com o seu filho. A criança passou a manifestar maior resistência física, uma vez que antes vivia doente.

Negativas: ainda não havia sinal de evolução da linguagem.

Mãe em relaxamento: colocada em nível I para pesquisa do motivo da ausência da evolução da linguagem, aspecto que falhara em termos da programação inconsciente da mãe, constatou ela que o próprio menino barrava esta evolução pela insegurança diante dos desacertos conjugais que ainda continuavam. O “não saber falar” era uma forma de manter os pais unidos e voltados sobre ele.

2^{s} Retorno: Sessão de avaliação e reforço, seis meses após a
alta.

A criança havia evoluído, sob todos os aspectos, principalmente quanto à inteligência. Pedimos testes psicológicos para verificação do grau de progresso do menino, pois embora houvessem faltado os testes iniciais de Q.I., pela descrição da mãe e a afirmação do pediatra, o filho apresentava retardo mental, como toda criança mongolóide. (Esclareça-se que, segundo Terman, a grande maioria dos mongolóides apresenta Q.I. de 25 a 50, classificação de “imbecil”, ou de 50 a 70, que é de “débil mental”.)

Já agora, apenas seis meses após a conclusão da primeira fase do tratamento, os testes de Merril Palmer indicavam para o nosso pequeno paciente o Q.I. igual a 100, o que significa “inteligência normal”.

Retorno: Em julho de 1984, o menino continuava apresentando evidentes sinais de progresso no comportamento e já *falava normalmente.* De acordo com os relatos apresentados pela mãe, percebeu-se que o menino praticamente já não se diferenciava de uma criança normal.

Observações do psicólogo: Este caso não é só especial pelo que relata sobre a recuperação da criança mongolóide, mas também pela mensagem que

transmite aos pais. Os pais devem entender que existe uma relação considerável entre mongolismo ou deficientes e problemas conjugais. Se a mãe arca sozinha com a tarefa de atuar sobre o filho, tentando tratá-lo, o resultado será sempre menor do que poderia ser. É importante para o tratamento de todos os casos de crianças deficientes e mongolóides que os pais assumam juntos certas atitudes fundamentais: a de humildade, para admitir que sua atitude, ainda que involuntária e inconsciente, pode ter sido o fato desencadeante das anomalias do filho; a de responsáveis ativos no sentido do tratamento dessa criança e, principalmente, no esforço para o reajustamento conjugal; a de amor, que lhes inspire coragem para participar desse processo, pelo qual o filho será novamente enquadrado num contexto afetivo-emocional de perfeita harmonia, condição necessária para que a *própria criança queira ajudar-se* a tornar-se normal.

CASO 2 — Processo indireto de tratamento de um *menino* , *autista* (Psicóloga: Gisela Renate Jost de Moraes — Médico: Dr. Domingos Lopes Furtado).

A paciente, seu marido e o menino autista, de nove anos de idade, apresentaram-se para o tratamento em agosto de 1980. O menino, durante a observação no consultório, engatinhava no chão como um bichinho e soltava gritos, tipo latidos, a toda hora. A ninguém atendia e não reagia a estímulos. Agitado, não se aquietava em nenhum instante.

Histórico: Segundo o relato da mãe, nos primeiros meses após o nascimento o menino parecia normal. Estranhava-se apenas o choro constante e as cólicas intestinais muito intensas que não cediam à medicação. Desenvolvia-se ele normalmente, teve boa coordenação motora. Mantinha-se sentado aos seis meses de idade, ficou em pé aos oito meses, falou as primeiras palavras com um ano de idade. Embora normal, irritava-se com facilidade. Agredia a mãe com mordidas (o que não foi estranhado

pelo pediatra). Já nessa idade manifestou-se nele uma fobia por "sapato". A mãe, com muita paciência, foi fazendo a aproximação sucessiva de objetos agradáveis à criança em associação ao objeto temido e conseguiu remover a reação negativa. O menino continuou crescendo e manifestando outros tipos de fobias. Assustava-se e irritava-se com ambientes estranhos. Não brincava com outras crianças. Quando era retirado de casa, chorava até retornar. Aos quatro anos, iniciou o tratamento de ludoterapia. O diagnóstico psicológico dizia apenas o seguinte: "reações normais de filho único". Mas o menino desligava-se sempre mais da realidade, deixando de ouvir e de atender e só abordando assuntos de seu interesse. Centralizou suas atenções sobre automóveis: funcionamento, motor, conhecendo mecanismos internos dos mesmos e, nesta área, teve aprendizagem excepcional para sua idade. Depois, pouco a pouco, deixou de assistir a programas de TV e fixava-se em assuntos não correlacionados ao que estava sendo falado. Aos cinco anos, foi matriculado numa escola maternal. Foi difícil sua adaptação. Não fazia amigos, não brincava com outras crianças, passava o tempo todo protegendo obsessivamente crianças menores que ele. Aos seis anos de idade nasceu uma irmã. A partir daí, o menino desligou-se completamente da realidade e deixou de falar. Passou a comunicar-se só com gestos. Chorava quando sentia fome, isolava-se em cantos da casa, deitava-se no chão, mantinha pequenos objetos na mão. O "deitar no chão" passou a ser uma fixação. Tinha medo de cortar unhas e cabelo. Levado ao psiquiatra, este diagnosticou: "autismo".

Psicodiagnóstico: O menino é filho de um casal que nos pareceu ajustado e de intensa dedicação. Os pais da criança não pareciam apresentar o quadro típico, sempre presente, em casos de esquizofrenia e autismo, ou seja: "a rejeição de útero materno mais o desentendimento conjugal, compensados pela posterior superproteçâo". Aqui se evidenciava, a princípio, apenas a super- proteção. Na anamnese, parecia não existir nenhum indício de rejeição da parte do pai ou da mãe. Ao contrário, a mãe dizia que havia desejado

ardentemente engravidar e até fizera tratamento nesse sentido.

A abordagem do inconsciente, porém, mostrou outros conteúdos: a dificuldade de engravidar da mãe estava ligada a um medo inexplicável e inconsciente de vir a ter filhos anormais. Este medo vinha desde a juventude. Encontrou-se a causa sobre o fato de o pai dessa paciente ter tido crises de esquizofrenia enquanto sua esposa, a mãe da paciente, esperava a filha. A mãe da paciente, portanto, temia que sua filha pudesse nascer com problemas mentais. E esse era o mesmo medo que a paciente, por identificação inconsciente com a mãe, carregou em suas preocupações durante a gravidez do menino. Havia, portanto, uma conotação de rejeição presente em seu
I na fase da gestação, embora ela se esforçasse por reagir a esses sentimentos e havia, ainda, a contínua sugestão do pensamento negativo da mãe (o medo) a agir sobre a criança. Durante o tratamento, evidenciaram-se também alguns dados negativos relativos à vida conjugal. Após o nascimento da criança, não apenas a mãe respondeu com superproteção de compensação mas também o pai quis compensar no filho seu sofrimento de infância e da juventude, evitando para ele toda frustração, qualquer esforço, enfim qualquer sofrimento natural e necessário ao desenvolvimento psíquico. O excesso de preocupação e a atenção totalmente centralizados sobre o menino reforçavam o quadro doentio pelas vantagens da atenção. E o nascimento da irmãzinha, aos seis anos, que representava uma nova situação familiar, foi a gota d’água para uma criança que não tinha sido treinada a superar pequenas frustrações e a repartir com os outros a atenção e o afeto.

Tratamento dos pais: Pai e mãe submeteram-se ao tratamento completo da abordagem direta do inconsciente, realizando-o dentro do tempo normal (oito *neurotrons,* três *hipnotrons,* seis sessões de terapia para a mãe e 10 para o pai). Houve também três encontros conjugais com a psicóloga e o ensino de técnicas para lidar com o menino.

Alguns dados da terapia: o medo que a mãe da

paciente — a avó do menino — sentia durante a gestação dessa “paciente-mãe” e que transferiu à sua filha, pôde ser dessensibilizado graças à “atemporalidade” do I pelo novo condicionamento do fato de que a paciente, na realidade, não tivera nenhuma “doença mental”. Da mesma forma, refez-se a gestação do menino autista dentro do I da mãe, agora sem o “medo” da mesma. Sem este “medo” e a conseqüente rejeição inconsciente, caiu a base da superproteção compensatória. Interligando-se os I da mãe e do filho, colheram-se elementos para reformular a conduta e a educação que a mãe deveria exercer sobre o menino. Após o tratamento de outros problemas e traumas registrados no I da mãe, programaram-se para ela exercícios diários de comunicação não verbal com o filho e estabeleceram-se etapas de melhora psíquica e física para ele. Tratou-se também, pela RMI, do pai. Este, devido aos seus traumas de infância, compensava no seu filho, com superproteção maior que o da mãe, todo o seu sofrimento. Foi preciso reestruturar-lhe a personalidade, para que o filho encontrasse na firmeza do pai um modelo de força e ajuda para quebrar o seu quadro de alienação.

Situação em dezembro de 1983: A mãe do menino, visando a colaborar com outras mães que tinham problemas semelhantes ao seu, forneceu-nos uma lista sobre o comportamento atual de seu filho, nos termos que seguem:

“Enfrenta ambientes estranhos com pouca dificuldade. Assiste à TV por maior tempo, brinca com um só brinquedo de encaixe, dificilmente se interessando por outros tipos. Olha fixo nas pessoas e fala espontaneamente algumas frases, pede o que deseja, expres- sando-se oralmente com menos dificuldade, às vezes formando frases curtas. Responde a perguntas simples. Veste e cuida da higiene do corpo sozinho, embora com dificuldade. Obedece a ordens com facilidade. Entende qualquer vocabulário, executando ordens mais complicadas, conhece bem todos os objetos de casa. Convive gradativamente melhor com pessoas da casa e estranhos. Participa de brincadeiras em grupo, por

pequeno espaço de tempo. Permite colocação de fones para relaxamento, come melhor, alimenta-se com menos ansiedade, permitindo a variedade de alimentos. Interessa-se por livros, revistas, mas com pouca freqüência. Grita raramente. Conhece letras de músicas e as canta quando estimulado. Menos agitado, percebe reações alheias e manifesta-se solidário, agradando aos outros.”

Acrescenta a mãe:

“Um fato curioso é a sua alta percepção e sensibilidade ao estado emocional ou sentimental dos outros: certo dia, quando voltei (mãe) do serviço, contrariada, chegando a casa com o pensamento ligado ao problema, meu filho veio ao meu encontro, olhou para mim e disse: Quero remédio... não! Você é que quer remédio, mamãe!”

Dos problemas antigos, apenas três continuam sem grandes alterações: o medo de cortar cabelo, de cortar as unhas e a dificuldade de enfrentar situações novas.

Prognóstico: O tratamento, após ter sido entregue aos pais, dentro de uma programação para três anos, foi interrompido. Retornando, agora a mãe enfrentará nova programação. Ao que tudo indica, a cura total do menino será repentina, no momento em que for encontrado um forte estímulo semelhante ao do “automóvel” e que lhe apresente mais vantagens que a manutenção de sua doença. O incidente acima, indicado como “fato curioso”, mostra que o menino já percebe os acontecimento externos a ele, indica que está começando a diferenciar-se da mãe e a perceber a mãe em seus sentimentos. Isso já significa uma quebra no autismo.

CASO 3 — Processo completo de tratamento de uma paciente com *depressão reativa* (Psicóloga: Rozaura Ferreira de Carvalho — Médico: Dr. Carlos Misael Furtado).

Anamnese: Na primeira consulta médica, essa paciente, jovem universitária e solteira, queixou-se de tonteiras, cefaléia, desânimo, insônia, choro fácil, depressão, tensão, hiporexia. Foi encaminhada pelo médico da equipe à realização de alguns exames

laboratoriais.

Tratamento: Para aliviar a tensão e a depressão do momento, a paciente, no mesmo dia da anamnese e por mais três sessões posteriores, foi submetida ao aparelho de *hipnotron,* com sugestões positivas. A operadora desse aparelho reforçou a auto-estima, a força de vontade, a valorização pessoal, a segurança e o sentido de vida da paciente. Na segunda sessão, a paciente já revelou que dormira melhor e que estava mais calma, mais esperançosa.

Pela RMI evidenciou-se como problema principal o desentendimento da paciente com o pai. Daí muita mágoa, muito sentimento de culpa e a autopunição conseqüentes, círculo vicioso que, ao lado de outras causas, resultou em depressão. A paciente projetou a mágoa do pai sobre os namorados, o que fazia com que não conseguisse manter um bom relacionamento com eles, rejeitando-os quando mais os queria.

Os traumas foram decodificados ou dessensibilizados sobre o nível I, na medida em que se apresentavam, idade por idade, em processo retroativo, até a concepção. Realizou-se a ligação inconsciente entre a paciente e seu pai. A paciente conseguiu compreender seu pai nos próprios problemas de infância e nas causas que o levaram a agir de forma a magoá-la. Entendido e perdoado o pai, pesquisou-se sobre o inconsciente as cenas de carinho e de cuidados dele para com a paciente e realizou-se a substituição dos condicionamentos negativos pelos registros positivos do I. Essa nova compreensão dos fatos, depois de vivenciada emocionalmente, fez reverter o processo de autodestruição da paciente, eliminando também as suas projeções negativas sobre pessoas do sexo masculino.

Ao lado do processo da RMI, houve diálogos importantes de orientação em relação às dúvidas quanto a assuntos vivenciais da paciente. Indicaram-se exercícios a serem feitos em casa e foram propostos livros para leituras e temas para reflexão.

Após as primeiras consultas, a paciente teve dois progressos importantes: já retomara ao namorado e se engajara num estágio de sua faculdade, do qual estava

se omitindo devido ao seu estado depressivo.

A terapia, a partir destas consultas, continuou o seu processo normal, embora com assistência médica freqüente para controle e ajustamento da medicação. A paciente foi considerada *assintomática* pelo médico responsável após a décima-primeira consulta de psicoterapia. Deixou a clínica com alta provisória, para retornar para avaliação e reforço dentro de dois meses.

CASO 4 — Tratamento completo de uma paciente portadora de *retocolite ulcerativa* (Psicólogo: Ismael José Villela — Médico: Dr. Domingos Lopes Furtado).

Histórico médico: A paciente sofria de retocolite ulcerativa há anos, fazendo, desde então, tratamento de corticoterapia e uso de outra medicação específica.

Psicodiagnóstico: O problema psicológico mais grave da paciente estava ligado à autopuniçâo por problemas de ordem sexual vindos da infância e resultantes de condicionamentos negativos da mãe. Havia também a rejeição da mãe, com tentativa de aborto. O sofrimento inconsciente dessas vivências pessoais impediam que a própria paciente conseguisse engravidar, em quatro anos de casada. A retocolite era uma forma somatizada dessa rejeição sofrida, uma forma de resposta agressiva, uma tentativa de autodestruição.

Tratamento: Usamos a RMI para conduzir a paciente, em primeiro lugar, às idades-chaves de seus traumas. Um destes problemas apresentou-se aos 2/3 anos da paciente, ligado a um choque emocional resultante de atitudes negativas da mãe, motivadas por seus tabus em torno de questões sexuais. Foi preciso esclarecê-la, sobre o nível I, da sexualidade dentro do contexto natural, finalidade e valores e dessensibilizar seu conceito de que o sexo é um mal em si. Traumas semelhantes se repetiram em outras idades e foram decodificados progressivamente. A seguir, a paciente foi conduzida à fase de sua gestação, onde se evidenciou grande sofrimento de rejeição. Pesquisaram-se os pensamentos da mãe causadores de seu sentimento de rejeição. A paciente, num primeiro enfoque, respondeu que a mãe não queria

mais filhos porque já tinha muitos. No entanto, aprofundando-se o nível I, foi possível descobrir que, na realidade, a preocupação da mãe não era a de *não querer* mais um filho, mas a de pensar que este filho *viria a sofrer,* porque ela não teria condições de cuidar bem dele. Ora, não querer que o filho sofra é sinal de sentimento de amor. E essa descoberta retirou de sobre a paciente uma espécie de sensação de condenação inconsciente, a de que não deveria viver, a de que deveria se autodestruir. O sentir que, afinal, também fora amada foi sinônimo de licença para viver. Isto quebrou o processo de auto-agressão à sua saúde. A seguir, substituiu-se o modelo da mãe por outro modelo mais positivo de identificação feminina. Com essas e outras condutas terapêuticas, a paciente sentiu-se integrada na sua personalidade, na sua feminilidade e na sua vocação de esposa e mãe.

Resultado: O tratamento iniciou-se em agosto de 1982. A paciente, submetida ao processo conjugado de 28 sessões de aparelhagem, consultas médicas e psicoterapias, pôde ter alta com cura total da retocolite, conforme atestado médico (princípios de 1983). Pouco depois desta cura, a paciente conseguiu engravidar, tendo hoje uma filhinha. A cura da paciente foi reavaliada e confirmada um ano após, em 1984.

CASO 5 — Processo indireto de tratamento por *comunicação não-verbal* de uma paciente com sintomas de *epilepsia* e *paralisia* dos membros inferiores (Psicóloga: Gisela Renate Jost de Moraes
— Médico: Dr. Domingos Lopes Furtado).

Histórico: A mãe procurou-nos dizendo que sua filha adolescente tivera repentinamente um problema de perda de “força nas pernas”, não conseguindo mais manter-se em pé. Pouco tempo depois, começara também com espasmos demorados por todo o corpo. Levada ao médico neurologista, esse diagnosticara epilepsia, mas de um tipo não comum, pois as crises convulsivas eram menos intensas, embora bem mais demoradas. A menina piorava a olhos vistos e já não mais se levantava da cama. Suas crises convulsivas começaram a durar dias inteiros. A menina estava ausente, não

se comunicando verbalmente e não atendendo a quem lhe dirigisse a palavra. Recentemente, fora internada e vários neurologistas auxiliavam o médico responsável pelo caso. No momento da anamnese, a menina mantinha-se em convulsão contínua e constante há mais de quarenta dias, não reagindo a medicação alguma.

A mãe sofria desesperadamente. Quando ouviu falar de nossa terapia, procurou-nos. Ainda com a filha no hospital, fez ela o nosso tratamento.

Tratamento da mãe: A paciente-mãe, muito sensível, teve facilidade de submeter-se à reativação da memória I. Usamos o processo “retroativo” dos 15 anos até o momento da concepção. Os traumas que mais se evidenciavam eram os desentendimentos entre os pais da paciente-mãe. A paciente, ao analisar sobre o nível I o comportamento de seus pais, foi conduzida por nós a descobrir as soluções de cada uma das discussões que se evidenciavam. Assim, a paciente, na medida em que corrigia seus pais dentro de seu I, passou a ver-se como espelho da mãe e a criticar a si própria quanto à maneira como tratava seu marido. Viu que as soluções encontradas para seus pais eram genericamente as soluções para a sua própria vida conjugal. Percebeu também que fizera muita injustiça a seu marido, projetando nele as mágoas sofridas com o seu pai. Por certo seu marido tinha também “defeitos”, mas estes, em geral, não eram aqueles que ela lhe atribuía.

Em dado momento da terapia, na primeira infância, essa mãe sentiu-se muito mal e entrou em crise convulsiva em nosso consultório, da mesma forma que sua filha no hospital. Conduzida a ver a causa emocional dessa convulsão, a paciente descreveu seus pais em briga conjugal violenta, sendo que um deles falava que ia suicidar- se. Acalmado o seu estado convulsivo e decodificado o trauma, pedimos que a paciente localizasse, nesse momento, a causa da convulsão de sua filha. A paciente percebeu claramente e falou: “Agora vejo! Toda a crise de minha filha começou no dia em que me separei de seu pai após uma briga violenta... Só agora que estou percebendo a relação desse fato com o seu mal!”

A paciente, antes muito magoada com o seu marido,

só concordou em analisar o seu desentendimento em nível I quando compreendeu que a saúde de sua filha dependia de uma reconciliação entre eles, ainda que fosse apenas em nível de compreensão e de perdão da parte dela. Mas compreendido melhor o problema conjugal e agora o problema da filha, a paciente modificou totalmente os seus sentimentos. O ódio começou a ceder lugar àquele antigo amor que um dia os uniu em casamento e os desentendimentos passaram a ser compreendidos como projeções inconscientes que um jogava sobre o outro devido a problemas pessoais sofridos no passado. Finalmente, a paciente sentiu-se arrependida de ter-se separado do marido.

Aproveitamos esse instante para tentar uma comunicação não- verbal do inconsciente da mãe com o inconsciente da filha doente. Propusemos à paciente que, lá de nosso consultório, dissesse à sua filha, mentalmente, que ela amava seu pai e que todo o acontecimento havia sido apenas um mal-entendido. Propusemos ainda que se colocasse numa atitude interior de carinho com o marido, ou seja, que imaginasse e vivenciasse emocionalmente uma cena dos três unidos, pai, mãe e filha doente, e conservamos a paciente, por alguns minutos, nessa vivência sobre o nível I. Eram 16,40 horas de uma tarde de terça-feira. A paciente deixou-nos às 18 horas. Sugerimos que fosse logo ver sua filha e que nos desse notícias ainda no mesmo dia: Às 20 horas, a paciente retornou à clínica e deixou-nos um bilhete que dizia: “A minha filha saiu do seu estado convulsivo, já está boa, abriu os olhos e está conversando... A enfermeira disse que isso aconteceu, mais ou menos, entre 16 e 17 horas!”

No dia seguinte, a jovem paciente teve alta hospitalar. A mãe reconciliou-se com o marido e a filha voltou a andar, não tendo mais crises convulsivas até um ano depois deste acontecimento, quando se fez um contato a respeito com a mãe da paciente.

CASO 6 — Processo indireto de tratamento de um paciente *esquizoparanóico* através de uma *irmã* e *tratamento indireto dos pais,* por meio da mesma paciente (Psicólogo: Flávio Pedrosa de Resende — Médico: Dr. Domingos Lopes Furtado).

Histórico: O paciente, de 14 anos, não tinha condições de se submeter à terapia direta. Seu quadro, além do diagnóstico médico acima, era de retardo mental, de riso descontrolado, de comportamentos homossexuais, de autismo. Em casos semelhantes, a mãe é a pessoa ideal para fazer a terapia, não só porque a causa geralmente está ligada à sua rejeição e a problemas de sua estrutura psíquica, mas também porque ela tem uma força inconsciente muito forte para curar o filho. Mas a mãe negou-se a fazer o tratamento.

Recorreu-se, então, a um outro processo indireto: convidou-se a irmã mais velha, e que nutria carinho por seu irmão, a submeter-se à terapia. Mas era preciso que os pais mudassem o seu sentimento de rejeição para com o filho, porque doutra forma eles destruiriam o que seria trabalhado na terapia. Fez-se, então, uma experiência de terapia indireta dos pais a partir dessa filha.

Terapia da paciente indireta: Submetida ao processo retroativo sobre o nível I, a paciente verbalizava muito sofrimento devido aos conflitos conjugais constantes entre seus pais. Aprofundou-se a terapia buscando-se a geração anterior do pai e da mãe e localizando o casal em sua própria infância no relacionamento com os seus pais, os avós da paciente. Percebeu-se que o pai tinha muita revolta contra a mãe, porque esta o rejeitava. Trabalhou-se este relacionamento pai-avó, diante dos registros inconscientes existentes na paciente. Conseguiu-se, assim, que o pai perdoasse sua mãe e a compreendesse, e com isso eliminasse a transferência de mágoas que ele fazia para sua esposa, a mãe da paciente, e aos filhos, irmãos da mesma (tudo isto dentro do inconsciente da paciente, como “Realidade em Potencial”).

Fez-se terapia semelhante com a mãe, buscando-se também a sua geração anterior pelo inconsciente da paciente e trabalhando nela principalmente a revolta pelo pai, transferida para o marido e certamente projetada no filho homem, o paciente.

Num passo seguinte, trabalhou-se a transferência

dessa elaboração psicológica aos seus pais por comunicação não-verbal direta de inconsciente a inconsciente. A melhora do relacionamento entre os pais, "visualizada" em nível I, aconteceu também na realidade e foi rápida, sensível e progressiva. A cura do psiquismo da "pacien- te-indireta" representou uma presença positiva entre os irmãos, e o ambiente novo, mais leve, alegre e acolhedor, mais os exercícios realizados por esta paciente transformaram o comportamento de seu irmão. O paciente tornou-se gradativamente mais alegre, mais comunicativo, mais afetivo, deixando o riso descontrolado, aprendendo a tomar iniciativas, animando-se para esportes, participando de competições e, finalmente, questionando os motivos pelos quais estava continuando a tomar medicamentos. O médico pôde suspendê-los.

O processo necessitou de 18 sessões de psicoterapia e é acompanhado periodicamente para avaliação e reforço. Para o paciente, programou-se uma terapia ocupacional a ser seguida pelo processo de tratamento da TIP, primeiro o incompleto e, mais tarde, o completo de reativação da memória inconsciente.

CASO 7 — Processo completo de uma paciente com *psicose puerperal* (Psicóloga: Ana Maria Barbosa — Médico: Dr. Domingos Lopes Furtado).

Histórico: A paciente é casada e tem um filho de um ano de idade. Durante a gravidez desse menino, teve ela fobia generalizada. Após o nascimento do filho, apavorava-se diante da idéia de ficar só com ele. Todos os dias seu marido precisava deixá-la na casa de parentes ou levar alguém para ficar com ela. A paciente só retornava a sua casa com o filho se o marido estivesse presente e não ficava com a criança, um só instante, sem a presença de outra pessoa adulta.

A paciente, inicialmente, foi submetida a tratamento medicamentoso e de aparelhagem do IMEP, até sentir-se mais tranqüila para enfrentar a terapia pela RMI.

Anamnese: Na primeira entrevista, a paciente

relatou, de imediato, as condições de seu parto, difícil e demorado. Disse que perdeu cedo sua mãe e teve madrasta, a quem nunca aceitou. A mãe, em compensação, foi supervalorizada como modelo de mãe perfeita.

A paciente sentia-se incapaz de criar seu filho. Após o parto, teve “crise de nervos” e momentos de desespero. Seus sintomas eram de depressão, angústia, mania de perseguição, alucinação visual e auditiva, desconfiança, imaturidade e insegurança total.

Tratamento: Na sessão incial, a paciente mostrava-se tão ansiosa, que não conseguia manter-se deitada para fazer o relaxamento. No processo de reativação da memória I, a paciente verbalizava fantasias, mas os conteúdos inconscientes afloravam entremeados com as mesmas. Via-se a atitude “chantagista” da paciente em relação aos que a cercavam, percebiam-se os problemas sexuais e reações emocionais descontroladas, muita resistência, bloqueios e falta de sinceridade diante dos traumas. Enfim, custou-lhe aprender a aceitar a percepção clara das revelações de seu inconsciente. A resistência foi quebrada quando o inconsciente revelou “medo da morte” ligado à morte da mãe, mas convertido para medo da sua própria morte, como “castigo” por seu sentimento de culpa grave não resolvido. A essa culpa estavam ligadas também a insegurança total, a mania de perseguição e as alucinações. Como fora superpro- tegida pelo pai, buscava a mesma superproteção no marido. Evidenciava um psiquismo fraco, dependente, atitude de vítima, masoquista, comodista e de cobrança contínua. Era exigente e cheia de vontades egocêntricas.

Dessa forma, antes de submeter a paciente ao processo de RMI, foi preciso motivá-la a *querer mudar e a assumir* o seu tratamento. Pois a mesma atitude de “cobrança” estava agora orientada para o terapeuta. A paciente queria “usufruir” o tratamento e não realizá-lo com mudanças de atitudes internas. O sentimento de culpa foi outro bloqueio persistente. A culpa fazia com que não se sentisse “com direito” de ficar boa.

O sentimento de culpa estava ligado a um comportamento atual e consciente. Simbolicamente, a paciente viu o “chão do inconsciente” muito sujo, mas quando foi sugerido varrê-lo, a paciente “varria o ar”, não queria tocar no chão, não queria limpá-lo, ou seja, queria manter o comportamento que lhe gerava sentimento de culpa e muitos dos sintomas queixados. Foi preciso encaminhá-la à orientação moral-religiosa do assistente espiritual da clínica (Padre Ely Carneiro), onde conseguiu resolver este problema.

Retornando ao tratamento, a paciente, ao ser conduzida pela RMI à vida intra-uterina, visualizou o quanto sua mãe era dependente de seu pai. Nada fazia por si só. E como percebia que a sua gravidez precisava ser carregada fisicamente por ela, sem a participação do marido, tinha freqüentemente verdadeiros acessos de insegurança, de medo e de pânico. A paciente percebeu sua identificação psicológica com a mãe. Esta descoberta foi básica para a paciente: o sentir que os fatores “insegurança e dependência” não eram problemas diretos dela, mas somatizados da mãe. Pôde-se, então, fazer uma separação profunda entre o psiquismo da paciente e o de sua mãe, o que, por sua vez, permitiu que se evidenciassem as características pessoais da paciente e que pudessem ser reforçadas as suas qualidades e aptidões.

Um segundo problema evidenciou-se, pela RMI, mais tarde, quando a paciente perdeu sua mãe, sendo esta substituída por uma madrasta. A paciente não conseguiu aceitá-la ou relacionar-se bem com ela. Mas descobriu, durante o processo de terapia, que sua atitude era preconceituosa por não querê-la como mãe e por sentir-se destronada como única mulher ao lado de cinco irmãos e do pai. A paciente identificou qualidades e boa vontade naquela pessoa em quem só percebera defeitos e reformulou seus sentimentos negativos.

Resultados'. Na hora da avaliação final, a paciente dizia-se alegre, segura, bem mais moderada em suas reações, mais altruísta e compreensiva, consciente de sua própria personalidade e com uma fé

viva em Deus. Contou que enfrentara uma situação externa muito difícil ligada aos negócios do marido e à família e que reagira com firmeza e objetividade. Aprendeu a ser mãe e não tem mais necessidade de apoio nesse particular. Não só se sente “segura e independente”, mas já dá apoio ao marido.

O tratamento foi realizado em 12 sessões de psicoterapia mais as sessões de aparelhagem.

CASO 8 — Processos paralelos, direto com um *menino deficiente* (12 anos) e indireto com a mãe (Psicóloga: Rozaura Ferreira de Carvalho — Médico: Dr. Domingos Lopes Furtado).

Anamnese'. O menino fez psicoterapia durante vários anos e estudava numa escola especial para retardados mentais. Repetia, há quatro anos, o primeiro ano escolar. Queixou-se de gastrite e exces- siva preocupação nervosa. Apresentava o problema de dislexia desde o dia em que a mãe, professora, comentou sobre problemas de dislexia de seus alunos na sua presença. O paciente não gostava de estudar e considerava seus colegas muito “chatos”. Era pequeno, magro, olhar assustado, tímido, mas observador. Comentou que o pai é nervoso e calado. A mãe, também nervosa.

A entrevista com os pais mostrava a falta de entrosamento conjugal, conflitos e divergência na educação do filho. Pai distante e mãe superprotetora.

Tratamento: Encaminhamos a mãe para tratamento com outra psicóloga da equipe, Lúcia Santa Cecília. Com os pais, marcamos entrevistas periódicas.

O primeiro passo na terapia do menino foi de estímulo e valorização de sua pessoa. Trabalhamos também o “crescimento psíquico”, pois o psiquismo do menino revelava uma idade mental muito aquém da cronológica. Conseguimos fazer a reativação da memória inconsciente, de forma sistemática. O sentimento de “me- nos-valia” era traço tão predominante no paciente que parecia até influir sobre o seu não-desenvolvimento físico. O menino achava-se feio e parecia encolher-se por não encontrar o seu lugar no mundo. Parecia-nos que seu tamanho miúdo, insignificante, era a expressão

psicológica desta menos-valia, o que depois foi confirmado por sua mudança posterior ao tratamento. O médico prestou assistência paralela à terapia psicológica do paciente. Constatou carência de ferro, excesso de glicídios, tratou do problema queixado de “tontei- ras” e “queimação do estômago”.

Na quinta sessão com o paciente, este apresentou-se mais vivo, mais “solto”, mais animado, mas com suor nervoso nas mãos. Estava tenso, só que agora já manifestava o desejo de libertar-se, de mudar seu estado e de sentir-se liberto dos pais, que continuavam a tratá-lo como antes da terapia.

Explicou que queria sair da escola para meninos deficientes e enfrentar uma que todos os meninos *normais* freqüentam. Estimulamos sua iniciativa e pedimos à mãe que aproveitasse as férias para fazer a transferência. Mas a escola especial não havia acom-panhado nem observado a mudança tão rápida do menino. Criticou a mãe e afirmou que o seu filho era incapaz de freqüentar uma escola “normal”. Trabalhamos a mãe para que continuasse a luta por esta transferência. Esclarecemos que os professores da escola especial não tinham condições de compreender que pode haver mudanças tão repentinas em crianças excepcionais porque não conhecem a terapia da abordagem direta do I. Dissemos que ela, porém, como mãe, deveria acreditar na diferença que observara em seu filho e que era preciso que lutasse pelo que era melhor para ele. A mãe conseguiu, então, a transferência, mas com a promessa de que seu filho continuasse com a ludoterapia. O menino, no entanto, agora mais firme e decidido, argumentou que não precisava mais de ludoterapia e que não a faria. E nós reforçamos, junto à mãe, a sua decisão.

Resultados'. Passaram-se sete meses sem que o menino voltasse para a psicoterapia. Quando retornou (sexta sessão), tivemos dificuldades em reconhecê-lo. Ele estava diferente em seu todo, com aspecto de rapaz forte e seguro e havia crescido fisicamente 40 cm, ultrapassando o tamanho de sua terapeuta, que observou o fato com satisfação!

O paciente já estava estudando na escola

estadual, feliz, ajustado, com boas notas escolares.

Antes de fazer esse resumo, tornamos a nos comunicar mais uma vez com a mãe e com o filho porque, há três anos, desde a sexta sessão mencionada, não tivéramos notícias dele. O menino está perfeitamente normal, um rapaz alto, de boa apresentação e cursando o quarto ano primário.

CASO 9 — Processo completo de uma paciente com *depressão ansiosa* (Psicóloga: Ana Maria Barbosa — Médico: Dr. Domingos Lopes Furtado).

Anamnese: Paciente queixa-se de tensão emocional, ansiedade, crises depressivas, não se apega a ninguém, tem problemas conjugais graves, não tem amizades, sofre de alergias, cefaléia, má circulação. Teve artritismo e sífilis.

A paciente falou que tem vários filhos, todos com problemas psicológicos, refletidos em casa e na escola. Tem uma filha de nove anos que chupa o dedo, sofre de enurese noturna e continua tomando mamadeira. Seu filho de 12 anos também chupa o dedo, tem pesadelos horríveis e ainda toma mamadeira.

Tratamento'. Usada a RMI, a paciente visualizou sua mãe sempre dentro de conotações negativas: “É rabugenta, exigente, cheia de doenças.” Embora não aceitando sua mãe, descobriu, pouco a pouco, muita semelhança sua com ela: as mesmas doenças, a voz, a maneira de ser, de tratar o marido. Tem, como a mãe, muito complexo de inferioridade e procura compensá-lo pela aquisição de cultura, meio de se auto-afirmar, de chamar a atenção sobre si, mas também de criar sentimentos de inferioridade no marido. Isto despertou a autocrítica na paciente. Durante a terapia, isolou-se, então, a mãe-inconsciente da paciente, reforçou-se o *eu-pessoal* livre, capaz de novas opções e de reformulações de atitudes. A paciente esforçou-se por mudar a sua maneira de ser, pois não lhe agradou nada ver o quanto era parecida com a mãe na maneira de tratar seu marido e os outros. Estudando melhor os sentimentos de seu marido, a paciente percebeu também que ele a amava, mas que estava cansado dela. Sentiu ela que poderia reconquistá-lo e estudou, sobre o I, a maneira de conseguir este

objetivo.

Quanto aos filhos, a paciente, que, em nível consciente, não tinha nenhuma explicação para os seus muitos problemas, ao reviver a maneira de sua própria mãe tratá-la, como a recriminava, como não a aceitava e por outras vezes a superprotegia, a paciente identificou claramente as suas próprias falhas na educação dos meninos muito semelhantes às da mãe e compreendeu que isto era a causa da maioria dos desequilíbrios deles. Ainda sobre o nível I, a mãe realizou a comunicação não-verbal com os seus filhos, perguntando a um por um qual o “maior defeito de sua mãe”! Emocionada com as respostas que percebia, procurou as soluções para mudar suas atitudes.

Resultados: Após algumas sessões de terapia, a paciente já se apresentava de rosto animado, cabeça erguida, aparência mais nova, mostrando alegria, disposição, segurança, firmeza. Eliminaram-se a enurese, o chupar dedo e a mamadeira dos filhos. O relacionamento conjugal já apresentava melhoras, mas ainda sofria interferência de uma segunda mulher que trabalhava com o marido da paciente. A paciente realizou um t otal de 10 psicoterapias, mais quatro com os familiares. Na última sessão, a paciente assumira a solução que encontrara sobre o nível I para o seu caso conjugal. Decidiu ela trabalhar no comércio, ao lado do marido, pois tinha competência para ajudá-lo muito nos negócios e ele queria sua ajuda. Passou a ser chefe da “segunda mulher”. Assim, estando a paciente presente ao lado do marido, tendo mudado de aparência e assumido atitudes positivas, alegres, de pessoa ativa e companheira, reconquistou ela rapidamente a admiração do esposo e o amor que um dia os uniu.

O problema doméstico, a paciente resolveu distribuindo as tarefas entre seus filhos. Estes entusiasmaram-se pela participação familiar. Melhoraram eles o comportamento e as notas escolares. O filho que chupava o dedo numa atitude regressiva hoje trabalha também na empresa de seu pai. E a menina, que tinha o mesmo problema do irmão, freqüenta uma escola de arte. A mudança, na família,

foi radical.

CASO 10 — Processo indireto de tratamento de um *menino mongolóide* (Psicóloga: Gisela Renate Jost de Moraes — Médico: Dr. Domingos Lopes Furtado).

Anamnese: O paciente, menino mongolóide, era de poucos meses de idade. A mãe, na anamnese, relatou o que costuma acontecer em casos de crianças mongolóides, ou seja, a existência de graves problemas conjugais presentes no contexto da concepção da criança. Mais especificamente, o problema, neste caso, era a infidelidade conjugal do pai e o grande sofrimento por parte da esposa, a mãe.

Tratamento'. A mãe submeteu-se ao tratamento integral. Seu processo foi mais lento devido ao sofrimento duplo, o conjugal e a dificuldade em aceitar a criança como era. Além disso, os médicos, pouco conhecedores do nosso tratamento, tiravam-lhe repetida e insistentemente a esperança de que o menino pudesse ter melhoras e isso retardava o efeito dos bons resultados, porque é básico, para a recuperação dessas crianças, que a mãe confie no tratamento.

Pelo processo da RMI, realizado com a mãe de forma assiste- mática para atender em primeiro lugar os problemas mais urgentes, ou seja, o problema conjugal — que era a causa psicoemocional da anomalia de seu menino —, identificamos traumas da paciente em relação ao seu pai na infância. Por outro lado, procurou-se conhecer, sobre o nível I, quais os motivos que levaram seu marido à infidelidade conjugal. Percebeu a paciente que ele tinha problemas psicológicos de insegurança sexual, vindos da sua adolescência, que o jogaram num processo de auto-afirmação, tornando-o frágil à solicitação das mulheres. Mas também havia atitudes psicológicas na paciente, a esposa, certo distanciamento, certa frieza, resultantes da sua identificação com a mãe e da mágoa contra o pai, que interferiam no relacionamento conjugal.

Na medida em que estes traumas eram identificados, fazia-se sua decodificação ou substituição por registros positivos. Também os

traumas sofridos pela paciente com seu pai puderam ser compreendidos como mecanimos específicos de projeção e que davam à paciente a sensação de que não era amada por ele. Passar a sentir-se amada pelo pai foi um marco importante para que a paciente mudasse seus sentimentos negativos e generalizados em relação ao sexo masculino e para que quisesse assumir a luta por um novo relacionamento conjugal com seu marido. A seguir, trabalhou-se a forma de contornar a infidelidade conjugal, o que foi facilitado pelo fato de a paciente também modificar suas atitudes de frieza e distanciamento.

Tratada a mãe de todos os problemas identificados sobre o inconsciente, refez-se a gestação do filho mongolóide, na mãe, sobre o nível I. A paciente pôde agora sentir amor pelo filho, que rejeitava indiretamente devido aos comportamentos do marido. Tentou-se realizar a comunicação não-verbal mãe-filho durante este processo.

Finalmente estudou-se, sempre sobre o nível I da mãe, o que sentia, o que pensava e o que necessitava o menino na idade atual. Em função disso, fez-se uma programação de recuperação psicofísi- ca do filho, a ser realizada pela mãe, com exercícios de atuação "inconsciente a inconsciente" e, conscientemente, pela educação específica.

Resultados: Ao redigirmos este caso, pedimos à mãe notícias sobre o paciente. Seguem, de uma carta, os dados que se referem ao pequeno mongolóide:

Nos primeiros dois anos, as características do meu filho eram as seguintes: criança parada, desligada, distante, desinteressada, de atenção dispersa, sem respostas, sem alegria, cansada, mole, com o interesse voltado apenas para as próprias mãos e de comunicação somente consigo mesmo.

Agora, com quatro anos, sinto nele interesse por tudo, comunicação e participação na vida diária da família, exigência, teimosia, percepção, inteligência, intuição, memória, observação de detalhes, expansão e alegria. Os irmãos estão observando que ele está ficando "enfuguetado" e *pra frente.*

Da escolinha especializada que freqüenta tenho recebido informações das terapeutas que o progresso de meu menino tem sido excelente. A orientadora responsável disse-me que ele é a criança que melhor tem respondido à estimulação geral.

Seu problema cardíaco teve sensível melhora, o que foi constatado pelo próprio médico, quer quanto à resistência física, quer quanto às pulsações, que antes eram fortes e aceleradas e agora estão se moderando. O exame radiológico acusou menor quantidade de fluxo sangüíneo nos pulmões, o que leva à esperança de que a cirurgia (prevista como certa) será dispensada.

O desenvolvimento do andar e do falar e a recuperação do atraso com referência à idade cronológica vêm coincidindo com o esquema que programamos na terapia, em uma de nossas sessões. Meu menino andou aos três anos, como foi programado, e deverá falar aos cinco, pois a evolução da fala está em andamento e promete ser coroada nesta idade.

Quanto ao desenvolvimento físico, tenho ainda a observar que a criança tem sido bastante resistente às infecções, ao contrário dos prognóstico^ do pediatra. Adoece pouco e alimenta-se bem. Seu peso e tamanho são de uma criança normal...”

CASO 11 — Processo direto e completo de um menino de 12 anos com problemas de *obesidade* e outros sintomas (Psicóloga: Rozaura Ferreira de Carvalho — Médico: Dr. Domingos Lopes Furtado).

Anamnese: A motivação principal que trouxe o pré-adolescente à terapia foi seu repentino e gradativo aumento de peso corporal, no momento da anamnese com 6 kg de excesso. O paciente sentia-se nervoso, ansioso, perdia a paciência, brigava demasiadamente com o irmão mais velho. Seu olho esquerdo lacrimejava, o nariz estava sempre “entupido”, tinha dificuldade de respirar e de dormir. Esclareceu que todos os seus sintomas melhoravam quando saía de casa.

É filho caçula, sentia seu pai ausente, mas disse que ele não lhe negava as coisas que pedia. É muito exigente com os estudos. A mãe é mais calma, mas

autoritária. Os pais são ambos distantes dos filhos, embora a mãe seja, ao mesmo tempo, superprotetora de todos.

O paciente foi submetido à aparelhagem da clínica. A terapêutica inicial foi concentrada sobre o desbloqueio psíquico do paciente, para que se soltasse, desabrochasse. Orientamos sobre os valores noológicos, sobre a sexualidade, e iniciamos a reativação da memória I.

Todas as idades foram trabalhadas sobre o nível I e a variedade de traumas era grande, até o momento da concepção. Decodificamos e substituímos cada um dos traumas. Na fase do útero materno, evidenciou-se fortemente a rejeição, que pôde ser dessensibilizada porque não era direta à sua pessoa, mas às circunstâncias. Como problema constante, aparecia o irmão, que, por motivo de ciúmes, agredia-o continuamente. Os dois irmãos nunca se entenderam. Sobre o nível I, trabalhou-se este problema, primeiro no sentido de o paciente entender o motivo dessas atitudes do irmão e também para verificar a sua própria atuação no sentido de dificultar esse relacionamento. Fortificou-se, então, o psiquismo e o *eu-pessoal* do paciente e depois colocou-se para ele o desafio de descobrir uma forma de os dois irmãos se tornarem amigos. Descobertos os meios, o paciente mudou sua maneira de julgar o irmão e desejou conquis- tá-lo como amigo.

A seguir, planejamos com o paciente uma programação de emagrecimento de 1 kg por mês. Depois suspendemos, temporariamente, a terapia, para aguardar o amadurecimento de todo o trabalho terapêutico realizado.

Após dois meses, a mãe procurou-nos para dizer que o filho tivera uma recaída. Na realidade, estava ele apenas libertando-se da superproteção dominadora da mãe, estava amadurecendo e tornan- do-se independente.

Três meses após, realizamos com o menino a sexta sessão de terapia. Seu olho já não lacrimejava, ele estava emagrecendo dentro da programação, não tinha mais rinite, dormia bem e o problema respiratório

havia sanado. Mas o que mais impressionou sua mãe é que o paciente deixou, de um dia para o outro, de brigar e de discutir com o sey irmão mais velho.

Mais uma revisão foi feita ao terem-se passado sete meses de alta provisória. O paciente estava rapaz feito, magro, consciente de sua pessoa e tranqüilo. A mãe elogiava-o e dizia que era ele o filho que amadurecera mais depressa e que estava mais equilibrado em suas reações.

CASO 12 — Tratamento completo de uma paciente com *várias patologias físicas* (Psicóloga: Ana Maria Barbosa — Médico: Dr. Carlos Lopes Furtado).

Após o exame médico no IMEP, foram confirmadas as informações e diagnósticos feitos durante cinco anos por especialistas diversos e sempre reafirmados por exames complementares: disritmia cerebral, nefropatia crônica sob controle periódico, portadora de herpes simples, constipação intestinal, anorexia e gastrite.

Psicodiagnóstico: A paciente, em processo retroativo, revelou, desde a concepção, que sua mãe não aceitava seu pai, se distanciava dele e, conseqüentemente, não queria a gravidez. A paciente, na fase da gestação, sentia muito medo de vir a morrer, e esta insegurança trazia consigo vida afora. Ao mesmo tempo, a mágoa e, às vezes, o ódio contra a mãe manifestaram-se de forma violenta, sem que a paciente encontrasse uma explicação racional que justificasse esse sentimento. Por outro lado, a rejeição que a mãe manifestava em relação ao pai gerou na paciente a supervalorização idealista do mesmo, pela necessidade de manter o seu pai presente no inconsciente, de onde a mãe queria tirá-lo. Mas a imagem forte do inconsciente continuava sendo a mãe. Assim, a paciente, não conseguindo resolver conflito tão grave, gerou todo o processo de soma- tização descrito acima.

Terapia e resultados: Foram necessárias 30 sessões totais entre terapia e aparelhagem, atendimento médico e psicoterapias.

Pela RMI, trabalhou-se na paciente o conflito de pai-duplo, o “idealístico-positivo” e o “negativo”, condicionado pelos conceitos da mãe. A paciente

revelou que gostaria de casar-se e de ter um lar, mas percebeu que era ela própria quem afastava os namorados.
Compreendeu, sobre o nível I, que ela, na incapacidade de projetar nos namorados o pai-idealístico, projetava o que a mãe nela formara e, quando isto acontecia, criava inconscientemente um artifício para afastar o namorado. Pelo tratamento sobre o inconsciente, a paciente, pouco a pouco, pôde conhecer o pai real, com defeitos e qualidades, depois pôde amá-lo e sentir-se amada por ele. Recuperada a figura masculina em seu inconsciente, tratou-se da necessidade da "busca do pai no namorado", ou seja, isolou-se esta necessidade. Sobre o inconsciente, foi possível ainda entender os desentendimentos entre pai e mãe, os jogos conjugais, o que era importante, pois nisto estava baseada toda a sua insegurança de personalidade. Identificaram-se momentos de carinho do pai para a mãe e da mãe para o pai que provavam que os desajustes eram psicológicos e não de falta de amor. Na medida em que estas cenas positivas afloravam e eram condicionadas, a paciente começou a lamentar-se que perdera tanto tempo sem amar os seus pais e sem sentir-se amada. A mudança destes sentimentos foi quebrando as cadeias construídas sobre esses traumas, eliminando os sintomas e as projeções. No final, a paciente ainda descobriu que criava as suas doenças como uma forma de dizer a todos que não era feliz e cobrar atenção. A origem emocional das doenças físicas queixadas também foi investigada e decodificada.

Durante o processo de tratamento, foi-se suspendendo gradati- vamente a medicação, na medida em que os sintomas desapareciam. Na consulta final com o médico, suspenderam-se todos os medicamentos. A paciente estava inteiramente curada, conforme confirmaram os novos exames laboratoriais e as consultas com os especialistas, os mesmos que haviam tratado anteriormente da paciente.

CASO 13 — Tratamento completo de uma paciente com sintomas de *ausência de funcionamento das paratireóides* (Psicóloga: Gisela Renate Jost de

Moraes — Médico: Dr. Domingos Lopes Flertado).

Histórico’. A paciente, em sua primeira consulta com a psicóloga em 21-10-80, revelou sua insatisfação com a vida. Trabalhava fora de casa, e achando que estava cansada desse trabalho desejou aposentar-se, o que conseguiu. Em casa, no entanto, não se sentira melhor. Continuava sempre doente, tinha problemas conjugais e com os filhos.

A paciente havia se submetido à cirurgia de tireóide. Antes da intervenção, uma outra paciente a alertara contra os perigos dessa cirurgia, dizendo-lhe que poderia resultar na extirpação das parati-reóides, o que, por sua vez, se manifestaria numa redução do cálcio no organismo e em tremores (tetania).

De fato, logo após a cirurgia, a paciente começou a ter tremores. Fez-se a dosagem de parato-hormônio e constatou-se a sua redução. O endocrinologista prescreveu hormônio sintético e produto à base de cálcio. Durante dois anos, a paciente fez uso desta medicação. Controlava periodicamente a dosagem de cálcio e fósforo, que continuava sempre alterada. Persistiam também os tremores.

Na área psicológica, a paciente sentia-se desanimada e depressiva. A carência afetiva era compensada com doenças, a forma de chamar atenção sobre si. Não tinha ela sentido de vida, nem motivos mais fortes para recuperar a saúde e manter-se sadia. Julgava-se inferior e feia. Era hipocondríaca desde criança.

Tratamento: Sempre com o acompanhamento do médico de nossa clínica, trabalhou-se, inicialmente, no sentido de conduzir a paciente a realmente querer curar-se. Este primeiro passo, anterior ao processo da RMI, foi básico para a terapia. Era preciso que a paciente tivesse um motivo para querer recuperar a saúde, para encontrar um sentido mais forte que o desejo inconsciente de man- ter-se doente para ter a atenção dos outros. Tal atitude bloqueia o tratamento. Era necessário que a paciente, com os filhos já crescidos, descobrisse uma nova atividade útil que a ocupasse por algumas horas fora de casa,

que a levasse à focalização da atenção sobre outros conteúdos, à quebra na rotina de assuntos e de trabalhos e à sensação renovada de sentir-se útil. A paciente, no princípio, defendeu-se, esclarecendo que sempre tinha o que fazer dentro de casa. Pedimos que analisasse "o quanto perdia tempo para preencher seu tempo", o quanto superprotege os filhos ou implica com eles, o quanto irrita seu marido, porque está irritada com seu vazio existencial. Somente sobre o nível I a paciente compreendeu que seria melhor esposa, melhor mãe e melhor dona-de-casa se, por algumas horas, exercesse alguma atividade bem diferente. Pesquisaram-se, então, suas aptidões e os recursos existentes, encontrando-se, finalmente, uma atividade interessante e capaz de gerar o "para que" se curar.

Sendo o problema deste "vazio existencial" um sofrimento presente em alta percentagem em nossas pacientes depressivas, motivamos ainda esta paciente, assim como todas as outras, para o engajamento em programas assistenciais, educacionais e profissionais de nossa população carente. De fato, parece-me que, se isto fosse feito por todas as pacientes que nos procuram, tendo como causa de seus males o mesmo motivo, a nossa questão social já estaria bem mais solucionada e o número de nossas pacientes depressivas teria diminuído pela metade.

Quebrada a resistência, prosseguiu-se com a RMI pelo processo retroativo até a concepção, realizando-se a decodificação de traumas diversos. Destacou-se como causa da hipocondria o sentimento de inferioridade da paciente, sentido quando perto de suas companheiras de infância. Enquanto essas chamavam a atenção pelas suas características de beleza e inteligência, a paciente só encontrava o recurso de "criar doenças" para ter a almejada atenção. "Sou feia", era o termo que mais repetia na RMI. Estes traumas foram substituídos pelo despertar de valores da paciente. Com dificuldades, mas pouco a pouco, foi ela descobrindo capacidades bem mais importantes que a beleza física e viu que sabia impor-se ao meio sem necessidade de adoecer. Como

processo final, portanto, trabalhou-se diretamente sua recuperação física, a questão das paratireóides, que não funcionavam e que deveriam funcionar, mesmo que tivessem sido em parte extirpadas. Durante as 10 sessões de psicoterapia, a paciente pôde ir reduzindo paulatinamente sua medicação e, finalmente, retirá-la totalmente.

Em junho de 1984, a paciente fez novo contato com o médico do IMEP. Esclareceu que, desde a alta do tratamento conosco (janeiro de 1981), não mais tomara medicação e também não tivera mais tremores. Testemunhou que estava muito feliz e que todos os sintomas queixados no início da terapia haviam sido superados. Fora à clínica para oferecer sua colaboração junto aos voluntários. Sua apresentação era agradável, sua expressão, viva e alegre, o sorriso, franco e aberto. Havia emagrecido. Vestia-se elegantemente. Criou uma pequena indústria de pronta-entrega, que lhe dava muita realização, preenchendo-lhe o antigo vazio existencial. Enfim, as mudanças na paciente haviam sido tantas que se tornava difícil reconhecer nela a mesma paciente que um dia procurara o tratamento. Com seu marido e filhos, o relacionamento havia modificado, em muito, para melhor.

Conclusão médica: Buscada a opinião de médicos sobre o caso, estes se dividiram em dois tipos de explicações.

Disse o primeiro grupo: Houve inicialmente um condicionamento pela informação dada pela paciente amiga, o que fez com que a produção de parato-hormônio fosse reduzida ao mínimo e houvesse a conseqüente alteração no metabolismo do cálcio. A psicoterapia, anulando a sugestão negativa e substituindo-a por motivação para a cura, restabeleceu a normalidade dessas funções. Nesse caso, não teria havido a extirpação de algumas paratireóides.

Disse o segundo grupo: Houve a extirpação de algumas paratireóides e as outras, ativadas pela psicoterapia, compensaram a função das extirpadas (função vicariante).

Os mesmos médicos, porém, ainda que divergindo nas explicações, foram unânimes em confirmar a cura da paciente e em atribuí- la ao processo TIP.

CASO 14 — Seqüência de casos de toxicômanos tratados pelo processo direto e indireto.

CASO 14a — Psicólogo: Flávio Pedrosa Rezende — Médico: Dr. Domingos Lopes Furtado.

Anamnese: Na primeira consulta, o paciente relata: tem 25 anos e sofre de “vômitos com sangue”. Está sempre rouco, com dificuldade de falar. Sente na boca gosto de “ovo-choco”, dor ao urinar (disúria), polaciúria, taquicardia e indisposição. Dorme de dia e acorda à noite. Não tem sentido vivencial. Sente freqüentemente tremores. É depressivo, tem muita insegurança diante do futuro. Não estuda e não trabalha. Faz uso de tóxicos desde os 16 anos de idade. Gostava de futebol, mas começou a ficar fraco, debilitado por causa das drogas e abandonou o esporte.

Seus pais são nervosos, o pai bebe e a mãe é superprotetora.

Tratamento: Após a preparação pelo tratamento médico, o paciente foi submetido a sessões do aparelho *neurotron*, de *hipnotron* e de psicoterapias, num total de 19 sessões.

No processo de RMI, os traumas se referiam ao pai que bebia, às discussões entre seus pais, à tristeza familiar. O paciente sentia-se muito mal em casa, com vontade de fugir. Durante a gestação, a mãe não o queria. Tentou o aborto, ficou muito de cama; estava sempre agitada, inquieta, insatisfeita.

Apesar deste ambiente familiar e conjugal altamente negativo, não foi necessário substituir o modelo dos pais do paciente. Atuando através de três etapas, deu-se a seguinte solução à questão: primeiro, separando-se no pai e na mãe qualidades e defeitos; depois, eliminando-se as características negativas dos pais do inconsciente do paciente; por último, levando o paciente a identificar-se apenas com as qualidades de seus pais e reforçando-se o seu *eu-pessoal* livre, responsável e sadio.

Na fase do útero materno, a tentativa de aborto da mãe foi extremamente sofrida pelo paciente e a

este momento se ligavam diretamente o desejo de autodestruição e a fuga para as drogas. Superou-se essa crise com a substituição desse registro pelo momento alegre do nascimento, onde o paciente sentiu seus pais orgulhosos com ele e percebeu-os unidos.

Resultados: O paciente iniciou o tratamento em maio de 1983, teve alta provisória em julho do mesmo ano e fez a última consulta de avaliação do tratamento em julho de 1984. O resultado fornecido pela avaliação médica final dizia: “Paciente totalmente recuperado de seus sintomas, sem uso de drogas, trabalhando, estudando e engajado num movimento voluntário de recuperação para viciados.”

CASO 14 b — Psicóloga: Rozaura Ferreira de Carvalho — Médico: Dr. Domingos Lopes Furtado.

Anamnese: Paciente jovem, mais de 20 anos, apresenta hipertensão arterial, constipação intestinal, depressão. Sofre com o desa- justamento conjugal de seus pais e acha-os severos e imprevisíveis, porque gritam, batem, discutem e, noutras horas, são superproteto- res. O pai é violento e nervoso. A mãe também é nervosa e muito brava.

Na entrevista, o paciente mostra-se desafiador. O objetivo de sua vinda à clínica é provar a seus pais de que é “são”, não tem nada de “anormal” e que os pais é que estão doentes. Os pais chamam-no de “doido” e o paciente não consegue se relacionar com eles.

Pouco a pouco, o paciente relata mais sobre si. Disse que era muito tenso, mas brincalhão, e os amigos gostavam dele. Explica que faz uso de tóxicos há mais de sete anos. Começou com maconha, mas hoje serve-se de muitas outras drogas. Sente que prejudicou muito a sua capacidade intelectual com isso. Não tem concentração, não consegue estudar direito. Além disso, é muito descontrolado emocionalmente e exalta-se sem motivo. Não “acerta” com namoradas.

Tratamento: Após preparação médica, cinco soros, 10 *neuro- trons* e três *hipnotrons,* o paciente foi submetido a nove sessões de RMI. Evidenciou-se que os

seus problemas foram iniciados na fase da gestação. A mãe estava sem auxiliar doméstica, andava desanimada, explosiva, tinha dores nas pernas. Queixava-se da gravidez e discutia com o marido.

Durante a infância, o paciente continuou sofrendo a inconstância dos pais. Era mimado por eles, mas ao mesmo tempo sofria muita violência e injustiça, praticadas pelo pai. A sensação do paciente era de profunda insegurança diante de tudo e de todos.

Aos oito anos experimentou pela primeira vez a droga. Sentiu o corpo trerper (e tremeu no consultório). Não gostou muito, mas como sentia sempre angústia pelas atitudes do pai violento e da mãe que alternava “paparicação com couro”, a droga era uma fuga da situação. Acostumou-se e, gradativamente, foi aumentando as doses e a variedade das mesmas.

Pela RMI, a grande insegurança afetivo-emocional e vivencial gerada no paciente em função do psiquismo desequilibrado dos pais foi tratada buscando-se e reforçando-se vivências positivas e criando-se novos modelos de identificação masculina e feminina através da representação inconsciente de um casal de tios, muito amigos do paciente na infância. Tratou-se de um a um dos traumas variados que surgiram nas diversas idades, pelo processo retroativo, até à concepção. Em cada instante, reforçavam-se as características e os valores positivos da personalidade do paciente. Realizaram-se várias entrevistas com os pais e solicitou-se o tratamento deles, mas a sugestão não foi atendida.

Demos alta provisória. O paciente não retornou para a avaliação e reforço. Por isso, após dois anos dessa alta, fizemos uma visita à família. Era fim de semana. Encontramos todos reunidos. O paciente estava muito bem, com seus problemas resolvidos, principalmente de estudo e trabalho. Passara no vestibular, está estudando Direito, formou um novo grupo de amigos sadios e não ligados a drogas e sente-se muito, muito feliz por “poder andar agora de cabeça erguida, sem ter nada a esconder”. A família está muito alegre e grata com a recuperação do filho e

irmão.

CASO 14c — Psicólogo: Flávio Pedrosa Rezende — Médico: Dr. Domingos Lopes Furtado.

Anamnese: O paciente, na primeira consulta, fornece os seguintes dados: tem 23 anos, sente muito cansaço físico e mental, angústia, ansiedade, vazio interior. É filho de mãe solteira, fica em casa, não faz nada. Tinha emprego, mas o perdeu porque fazia uso de drogas e isso interferia seriamente no seu raciocínio, no seu trabalho. Usa drogas há 10 anos. Teve vida perturbada. Viveu com sua mãe até os nove anos, depois com a avó até os 14 anos, quando passou a morar com um tio e hoje voltou à casa da mãe.

Tratamento: Na RMI, a gestação apareceu com muito sofrimento. Mãe agitada, decepcionada, escondendo a gravidez, sozinha, tentando o aborto no quinto mês. Essa rejeição pôde ser compensada com a atitude heróica da mãe em criar o filho, com carinho, sozinha. O paciente conseguiu visualizar cenas positivas neste sentido. Pro- curou-se um pai substituto para preencher o vazio do pai ausente. Foi ele encontrado entre pessoas adultas do seu convívio de infância.

Reforçaram-se os momentos de atenção dados por esse "pai" ao paciente e lançou-se o mesmo como figura de identificação masculina. Finalmente reforçaram-se os registros positivos do I e reestru- turou-se toda a personalidade do paciente. Estudaram-se, com o paciente, diversas formas de engajá-lo numa atividade profissional.

Resultados: Após a oitava sessão de terapia, o paciente já havia mudado e deixado as drogas. A mãe, no entanto, ressentia-se da repentina mudança e independência do filho. Foi chamada e aceitou fazer também o tratamento.

Com o paciente, foram realizadas 10 sessões de *neurotron,* cinco de *hipnotron* e nove consultas de psicoterapia.

O paciente não retornou à sessão de psicoterapia para avaliação e reforço, mas procurou o médico da clínica exatamente um ano após a alta provisória. Segundo a observação do médico, estava então

totalmente recuperado, trabalhando num serviço que lhe agradava e afirmando com veemência que nunca mais queria saber de tóxicos, pois esses "quase haviam acabado com sua vida".

4.3.3 PACIENTES NO PROCESSO AUXILIAR

Os auxiliares de terapia, especialmente os operadores de hipnotron, e os especialistas na comunicação não-verbal entre os inconscientes colaboram para que as terapias sejam mais objetivas, mais rápidas, mais profundas e mais eficientes, como se pode concluir a partir dos exemplos que serão aqui apresentados.

Abordar diretamente o I não é um processo simples ou fácil de se conseguir, principalmente quando buscamos neste nível mental os sofrimentos que nos traumatizaram, a ponto de ainda hoje influírem sobre nosso comportamento, nossos sentimentos, relacionamentos e na saúde física. Por uma questão natural de defesa, o inconsciente mantém-se sempre velado ao nosso consciente. E quando se pretende aflorá-lo ao consciente, como é de praxe em algumas terapias, ele aparece deformado, *camuflado ou racionalizado,* como já dizia Freud.

Daí, para que se consiga detectar diretamente os registros negativos computados no inconsciente, surpreendendo-os em sua expressão pura e da maneira como foram sentidos e compreendidos na época em que aconteceram, torna-se importante a atuação de auxiliares de terapia junto ao processo da RMI.

Tais auxiliares, tratados e treinados especificamente, agem na fase preparatória, durante o processo de terapia e no final da mesma, utilizando-se ou não de aparelhos para exercerem suas funções. Veremos, a seguir, uma amostra de como agem estes auxiliares.

4.3.3.1 — A auxiliar de terapia que nos fornece os dados que seguem é a pedagoga Eliana Zenha Simões, que atua junto ao aparelho *hipnotron.* A seqüência é o relato resumido de três aplicações destes aparelhos

realizadas com uma senhora casada de aproximadamente 30 anos de idade. Descreve a operadora:

Paciente A:

Iª *hipnotron*

Fizemos o relaxamento longo e tranqüilo, sugerindo à paciente que se transportasse a um lugar agradável. Ao descrever o local, a paciente disse estar vendo o marido, mas que não queria falar com ele porque estava cansada do que ele lhe vinha fazendo. Também não queria conversar, porque nunca conseguira falar com ele sem que tudo acabasse em choro e discussão. Através de outras imagens, foi possível conduzir a paciente a um clima de diálogo tranqüilo com seu marido, naquela paisagem "agradável", onde ela mesma o colocara. Depois disso, continuamos trabalhando normalmente o "relaxamento" e o "treinamento", para ensinar a paciente a "entrar em seu inconsciente", conforme nos fora solicitado para o caso.

2ª hipnotron

A paciente já estava sabendo relaxar-se e entrar em seu inconsciente. Trabalhamos, então, com sugestões positivas, as outras solicitações do psicólogo para o caso, tais como a insegurança, a falta de confiança, a sensação de menos-valia de sua pessoa. Reforçamos a personalidade falando-lhe do que é capaz, das qualidades bloqueadas dentro dela, animando e estimulando a paciente a reagir com energia e confiança genericamente e em face dos problemas que seriam tratados pelo psicólogo.

3^2 *hipnotron*

A paciente chegou alegre, radiante, de cabeça erguida. Disse que, baseada no exercício do *lugar agradável,* onde tivera simbolicamente seu diálogo com o marido, conseguiu realmente descobrir a forma de realizar este diálogo e que a *força* transmitida a ela no último *hipnotron* deu-lhe coragem de tomar a iniciativa. Teve com ele uma conversa firme, mas calma, sem perder o controle ou chorar, e também sem se humilhar e sem agredir, desenvolvendo o assunto do princípio ao fim. O marido, no princípio, quis agir

como sempre, partindo apenas para o “xingamento”, mas acabou entrando no diálogo sério. “Foi a conversa mais profunda e esclarecedora que tive com ele até hoje. Foi muito bom para nós dois”, disse a paciente.

Paciente B:

A paciente era uma moça de mais de 20 anos de idade, encaminhada para o trabalho inicial de preparação à terapia, ou seja, para o treino de relaxamento e de penetração e percepção do inconsciente. (Operadora: Eliana Zenha Simões)

Iª *hipnotron*

Feito o relaxamento e iniciado o treino para a reativação da memória inconsciente, a paciente, espontaneamente, revelou que se via numa cena na casa de seus pais, com sete anos de idade. Ela brincava com um irmão em cima de um armário alto e repentinamente caiu fazendo um corte no rosto. O pai foi chamado às pressas para levá-la ao hospital.

A paciente prosseguiu relatando as cenas seguintes, em lágrimas, chorando convulsivamente, profundamente magoada com o pai: “Ele é um bruto,” dizia ela, “bateu em mim e nos irmãos!... Pegou-me no colo e levou-me ao hospital, brigando com os médicos para me atenderem logo... Quando chegou a casa, jogou fora o armário, tudo na estupidez!”

Levamos a paciente a descobrir em seu inconsciente que toda a exaltação do pai fora apenas um descontrole nervoso causado pelo amor e pela preocupação que tinha pela paciente.

A paciente, surpresa, tomou consciência do fato e admirou-se de que nunca em sua vida havia antes percebido que seu pai a amava.

4.3.3.2 — A operadora de *hipnotron* Laura Tavares cedeu-nos o relatório de duas cenas isoladas de *hipnotron* por ela realizadas:

Paciente C:

O paciente é de meia-idade, com problemas típicos de angústia existencial, falta de sentido de vida. Fomos orientadas pelo psicólogo para ajudar a conduzi-lo à descoberta de um sentido existencial e de uma atividade gratificante. Depois de um longo relaxamento, onde sugerimos ao paciente que se visse fazendo alguma coisa, ele se percebeu como artista,

pintando quadros. Ao perguntar por que não concretizava esse dom, o paciente disse que se sentia sem forças, sem motivação para iniciar ou prosseguir em qualquer trabalho ou atividade. Sugerimos-lhe, então, que pintasse um quadro apenas na imaginação. Pedimos que fizesse o esboço e o descrevesse. O paciente começou timidamente a falar. Terminada a sessão, pedimos que fizesse exercícios em casa e que, na imaginação, continuasse elaborando o quadro todos os dias; que a pintura desse quadro fosse a expressão de seus sentimentos.

Algum tempo depois de o paciente ter terminado a terapia com o psicólogo, nós o encontramos numa praça de feira livre. Estava ele muito bem apresentado e alegre. Cumprimentou-nos e falou que já terminara o seu tratamento na clínica e que se sentia liberto de seus problemas. Depois, com muito entusiasmo, contou-nos que estava pintando. O primeiro quadro que iniciara na “imaginação” conosco era de uma linda paisagem verde com flores e uma casa, onde se encontrava uma mulher grávida e uma criança brincando. Ele levara seis meses para transportá-lo da imaginação para a tela porque interrompera o trabalho para uma viagem, mas a pintura foi considerada uma obra de arte e foi vendida a estrangeiros. O paciente reencontrou novo entusiasmo de vida pela pintura.

Paciente D:

Neste outro caso, a mesma operadora mostra o quanto um auxiliar de terapia, o operador de *hipnotron,* precisa ter maleabilidade e criatividade. Relata a operadora Laura Gonçalves Tavares:

A paciente foi encaminhada a nós pelo psicólogo para que quebrássemos a sua resistência e para que fizéssemos o treino para a visualização inconsciente e para o relaxamento concentrado da paciente.

Tentamos fazer o relaxamento físico e fizemos exercícios de concentração, de imaginação e de percepção com a paciente. Mas ela não reagia. Saía do relaxamento, racionalizava, dava explicações, não se concentrava. Finalmente falou que não conseguia relaxar de jeito nenhum.

Propusemos, então, o seguinte: “Vamos esquecer o relaxamento ?! Você não precisa relaxar-se. Pode ficar bem acordada, à vontade (“intenção paradoxa”, de V. Frankl). Vamos fazer uma coisa muito diferente: que tal a gente brincar com a imaginação, como se nós fôssemos duas crianças, como se tivéssemos voltado à infância?”

A paciente aceitou a proposta e fechou os olhos. Demos-lhe uma boneca (na imaginação) e fomos brincar junto a um lago muito bonito. Convidamos a paciente a cantarmos uma canção de ninar. A paciente começou a cantar e, sem perceber, entrou em relaxamento profundo, quase hipnótico. De repente, interrompeu a canção bruscamente e falou: “Não gosto de boneca, não gosto de neném!” A paciente mostrou-se emburrada e brava. “Ótimo”, falamos, “você é que sabe! Jogue a boneca fora, jogue-a no lago!” A paciente falou: “Vou jogar mesmo!” Mas depois de uns segundos começou a chorar desesperadamente e quase gritou: “Não vou jogar, não! Por que é que só eu não posso ter o meu bebê? Estou sempre cuidando das crianças dos outros e não posso ter o meu!” Apoiada e acalmada, a paciente explicou que ficara grávida e o noivo a obrigara a abortar a criança. Desde então, ela tem tido muita angústia, remorsos e graves pesadelos à noite.

A resistência estava quebrada e devolvemos a paciente ao psicólogo, onde ela terminou a terapia com sucesso.

Paciente E:

4.3.3.3 — O caso que segue foi cedido pela pedagoga Maria das Graças Souza, que também atua junto ao *hipnotron.* Diz a operadora:

A paciente foi encaminhada apenas para que fosse feita a usual preparação de relaxamento, *o* treino de percepção e concentração sobre o inconsciente. Após o relaxamento, usamos uma simbologia inicial para pesquisar a área de bloqueios e como deveria decorrer essa sessão. Propusemos à paciente que se visse entrando num túnel e que descrevesse o que estava encontrando. O túnel representava a introspecção, a volta sobre seu interior e o passado. A paciente começou a descrever a percepção de cigarros, poeira,

papéis e lama. Convidamo-la a fazermos uma limpeza e depois perguntamos pela luminosidade do ambiente do túnel. A paciente respondeu que tudo estava na penumbra. Percebemos que havia graves sentimentos de culpa, pois a limpeza simbólica não fora suficiente para remover tudo! Não cabendo a nós entrar direto no problema da paciente, continuamos a realizar simbolicamente aquilo que ela certamente iria ter que fazer, orientada pelo psicólogo. Pois problemas de sentimento de culpa real não se removem apenas simbólica ou psicologicamente, mas necessitam da assistência moral-religiosa, para que se anule o processo de autopu- nição.

Sugerimos, então, à paciente, durante a sessão de *hipnotron*, que fosse mentalmente a uma igreja e que procurasse o sacerdote para falar-lhe sobre aquela penumbra e sobre a lama. A paciente aceitou a sugestão e sentiu-se bem. Propusemos, a seguir, que retornasse ao corredor e que verificasse se lá havia agora algo de diferente. A paciente respondeu que estava percebendo um facho de luz entrando por uma porta que se abria para o corredor.

• Fizemos, então, uma reflexão para a paciente sobre o ser humano integral. Falamos sobre os valores morais e espirituais: explicamos-lhe também que a autopunição é uma reação natural quando, no íntimo, não aprovamos o que fazemos e que isso se reflete no corpo e no estado psicológico. Mas que Deus é sempre amor e nos quer como somos, que Seu amor é gratuito e que Ele se mantém de braços abertos para receber-nos...

A paciente deixou-nos sentindo-se muito bem. Acostumada a outros tipos de terapia, impressionou-se com a abordagem espiritual que se fizera com ela e comentou o quanto isto era importante e como a ajudara a sentir-se animada para continuar a terapia.

4.3.3.4 — Luiz Gonzaga Coura Gomes também é operador do *hipnotron* e forneceu-nos o relatório de três sessões desse trabalho auxiliar.

Paciente F:

O paciente foi-nos encaminhado porque nas sessões de terapia tinha uma atitude de fechamento total

sobre si mesmo. Apresentou- se com falta de identificação sexual, era agressivo, resistente, manipulador, chantagista e não se abria para o tratamento. No entanto, insistia ele em continuar a tratar-se, jogando a culpa de seu insucesso sobre a clínica e o terapeuta.

Colocamo-lo em relaxamento profundo e, através de símbolos, fomos conseguindo que o paciente se expressasse. Viu ele, de imediato, seus pais brigando, querendo separar-se. O pai acusava a mãe como se ela não valesse nada. A mãe só falava mal do pai. O paciente viu a si mesmo partido no meio e sem encontrar sua segunda metade. Encontrou depois esta metade, com nossa ajuda, no inconsciente, mas totalmente desfigurada. Esta desfiguração eram “os pais dentro dele”. Compreendeu o paciente que a rejeição mútua entre pai e mãe figura com que ele, desde o útero materno, não quisesse identificar-se a nenhum dos dois sexualmente. Assumiu a atitude de *homossexual,* que era o motivo por que ele procurara a terapia. A revolta e a insegurança gerada nele pela atitude dos pais fez com que ele procurasse semelhante vida sexual de forma intensa e com que usasse a *bebida* como fuga. Conduzido novamente para a visualização inconsciente, viu também a infidelidade do pai e sentiu nisto o trauma mais insuportável de seu passado. O mesmo sentimento de angústia que percebeu ao ver o pai em atitude infiel é o que sentia toda vez que se via impulsionado a beber.

Percebemos que a recuperação da imagem dos pais era difícil. Consultando o psicólogo do caso, fizemos uma substituição, sobre o nível I, dos pais pelos tios, para que o paciente conseguisse libertar-se da angústia sofrida, expressada na sessão. Com isto, o bloqueio de resistência quebrou-se e o paciente prosseguiu bem na terapia com o psicólogo.

Paciente G:

Operador do *hipnotron*: Luiz Gonzaga Coura Gomes. A paciente procurara a clínica por causa da variada sintomatologia. Um dos problemas que mais a preocupavam era a formação inexplicável e repentina de manchas roxas no corpo, e especialmente nos braços.

Após o relaxamento, a paciente viu-se sentada num toco cheio de formigas, para chamar a atenção de seus pais. Mordida pelas formigas, chorou, mas não conseguiu com isso mais que uma ligeira atenção dos pais. Recorreu, então, a travessuras, sempre com a intenção de chamar a atenção dos pais sobre si. Mas o pai, ao ver o que fora feito de errado, castigava as irmãs adotivas e deixava a paciente sem castigo. Enquanto o pai batia nas irmãs, a paciente se mordia até ficar roxa nos braços. Fazia isto por dois motivos: o sentimento de culpa em relação às irmãs adotivas e o sentimento insuportável de que “ela não merecia nem sequer uma surra como atenção do pai”. Depois de casada, a paciente começou a sentir os seus filhos como se fossem os seus irmãos adotivos. Ela batia neles e os castigava, mas sempre tinha a sensação de que a culpa era dela. Além disso, ao conversàr com o marido, esse se omitia, ficando indiferente às queixas dela, o que fazia com que a paciente visse nele o seu pai, que não lhe dava atenção. Embora já não se mordesse como quando criança, mesmo assim as manchas roxas apareciam, espontaneamente, no corpo, especialmente nos braços.

Apesar de o objetivo dessa sessão de *hipnotron* ter sido apenas o de preparação para a terapia, o problema citado aflorou, naturalmente, e nós tentamos trabalhá-lo através de condutas básicas adotadas no *hipnotron*, ou seja, pelo desligamento das projeções e transferências, por sugestões e reforço positivo. A paciente nunca mais teve formação de manchas roxas no corpo.

Outro aspecto interessante no caso foi que uma das filhas da paciente, em tratamento nessa mesma clínica, era resistente até o dia em que a mãe foi desbloqueada, quando surpreendentemente começou a deslanchar a terapia. Ela fora atingida beneficamente pelo processo indireto do tratamento da mãe.

4.3.3.5 — A operadora do aparelho *neurotron* Marília de Castro Goulart e o do *hipnotron* Luiz Gonzaga Coura Gomes realizam também outra forma de trabalho auxiliar: a percepção e a comunicação não-verbal entre inconscientes. Esta função corresponde às

informações que o psicólogo tradicional busca na entrevista com os parentes de seu paciente. O psicólogo convencional investiga, através dos parentes, os acontecimentos que podem ter sido desencadea- dores ou mantenedores de traumas e problemas no paciente. Os parentes levam ao psicólogo dados registrados em sua memória "consciente" sobre o paciente. O nosso auxiliar, quando solicitada sua ajuda, leva ao psicólogo percepções de registros da memória "inconsciente" do paciente. E nisto há grande diferença. De fato, a experiência com a abordagem direta do inconsciente tem comprovado que os traumas sobre o I são causados bem menos por *fatos acontecidos* do que por *sentimentos sofridos.* O terapeuta precisa muito mais conhecer o que o paciente *sentiu* do que aquilo que *viveu.* E o universo dos sentimentos encontra-se registrado sobre o nível inconsciente, não no consciente.

O processo da RMI, como já explicamos, é o recurso de técnicas utilizadas normal e sistematicamente pelo psicólogo da TIP para atingir os núcleos desses sofrimentos inconscientes. Mas, por vezes, o paciente encapsula-se de tal forma na defesa, que se torna difícil e muito moroso o desbloqueamento do acesso a esses traumas. É nesta oportunidade que o terapeuta pode utilizar-se dos mencionados auxiliares, pessoas naturalmente dotadas para a percepção dos inconscientes, mas tratados e treinados especificamente para a sua restrita e rápida função auxiliar junto à terapia. O auxiliar pode, então, fornecer uma imagem, um símbolo ou *dicas* ligeiras que sugerem ao terapeuta novos rumos a seguir na terapia para conseguir a quebra da resistência ou a vitória sobre outros obstáculos durante o processo de terapia. O psicólogo, ao aplicar as técnicas sugeridas no paciente, fará com que o próprio paciente teste a autenticidade das mesmas, quando responde ou não positivamente ao recurso aplicado. O trabalho intuitivo desses auxiliares de terapia vem sendo objetivado na forma de testes projetivos do inconsciente através do Setor de Pesquisa e Avaliação, o SPA. E os resultados da aplicação destes testes em pacientes, antes e depois

da terapia, já têm evidenciado sua validade.

4.4 **A TIP E OUTRAS ÁREAS DO CONHECIMENTO**

> **A Terapia de Integração Pessoal, ao lado de teoria que lhe é específica, entrelaça-se e complementa sua estrutura com conhecimento de outras áreas.**

O presente capítulo tenta esclarecer a estrutura teórica da TIP, que se entrelaça à Psicologia, à Medicina Psicossomática, à Antropologia Filosófica, à Parapsicologia e, ainda, à Logoterapia de Viktor Frankl. Esclarece também a posição atual dessas disciplinas no contexto global da TIP, conforme segue:

4.4.1 — A Terapia de Integração Pessoal caracteriza-se, genericamente, pela “abordagem direta do inconsciente” (ADI). Esta técnica escapa aos moldes convencionais da Psicologia que, quando interessada em conhecer o inconsciente, se utiliza de recursos técnicos para trazer o seu conteúdo simbolicamente ao consciente, visando, depois, interpretá-lo.

No que se refere ao contato direto com o inconsciente, a Parapsicologia é que adota esse recurso, embora de forma intuitiva e às vezes não consciente, não explícita e até mistificada.

A Parapsicologia é uma ciência que estuda os fenômenos psíquicos extraordinários provocados pela mente humana. Para fazer contato com a “área” em que estes fenômenos são produzidos, ela dispensa a anamnese e a análise e utiliza-se de pessoas *sensitivas* ou *paranormais.* Estas pessoas são naturalmente dotadas para perceber realidades profundas e íntimas dos outros e para conhecer fatos e acontecimentos de forma *intuitiva*, ou seja, sem a ajuda da análise ou de dados informativos conscientes. O *sensitivo* ou *paranormal* consegue também atuar sobre outras pessoas, provocando modificações psíquicas, reações funcionais ou orgânicas, e é capaz, ainda, de agir sobre objetos, provocando neles transformações ou movimentos. O sensitivo, na Parapsicologia, geralmente percebe e age de forma involuntária e sem controle dos

fenômenos, não sabendo explicar o que faz, como sente e como age. E é exatamente isso, devido a este caráter inexplicável, que torna difícil a aceitação universal e pacífica da Parapsicologia como ciência, embora os fenômenos paranormais em si sejam uma realidade inegavelmente observada e constatada desde a mais remota antigüidade.

A oportunidade que tivemos de observar, durante vários anos, estes fenômenos em pessoas sensitivas e a experiência de diagnós- tico-tratamento que vivenciamos por meio destes recursos mostraram-nos, em primeiro lugar, a existência de uma diferença entre *fenômenos paranormais* e *fenômenos normais* do inconsciente. Vimos que os fatos *extraordinários* eram apenas uma deformação ou exacerbação dos fatos de capacidades *normais* existentes em toda pessoa. Interessamo-nos, a partir daí, pelos fatos *normais,* achando que estes deveriam ser melhor estudados e aperfeiçoados. Traçamos, assim, a primeira diferenciação da Parapsicologia para a nossa metodologia: a TIP não se interessa pelos *fenômenos extraordinários* em si, mas somente enquanto estes interferem na saúde do paciente. O objetivo da TIP é o tratamento, a cura e a reintegração; portanto, o seu sujeito é o paciente, não os *fenômenos.*

A Parapsicologia, quando age através dos seus sensitivos no sentido de ajudar as pessoas que sofrem, descobre no paciente a causa de seus males e sem distinção do tipo do problema, ou seja, sem se preocupar se a causa é física, psicoemocional, noológica, profissional ou de relacionamento social. O sensitivo atinge o centro, a causa primeira do sofrimento.

Isto é interessante para o paciente. E bom que se possa conhecer a causa primeira de todos os seus males antes que se faça nele a ramificação, dividindo-o em paciente-físico, psíquico ou moral-religioso, encaminhando-o a especialistas de cada área, sem que haja um entendedor das interinfluências nestes campos. O sensitivo, com sua *intuição, é* uma espécie de especialista do conjunto, do todo, das interinfluências. Mas, uma vez que esta especialidade do sensitivo emerge da capacidade natural do

inconsciente, é possível fazer com que o próprio paciente se torne semelhante especialista de si mesmo. Por isto, na TIP, elaboraram-se técnicas que ensinam o paciente a entrar em seu inconsciente, a conhecê-lo, a perceber os seus registros negativos e positivos e a realizar, ele próprio, com a assessoria do psicólogo e do médico, a sua cura e a reestruturação de sua personalidade.

As vantagens deste último processo sobre o primeiro são inúmeras: elimina-se, com isto, a dependência do paciente; realiza-se uma cura consciente, participada, convicta; permite-se uma nova mudança nas atitudes, nas opções livres; possibilita-se que o paciente se encontre com o seu eu original; treina-se o paciente a fazer uso consciente de seu inconsciente diante de todos os novos problemas que surgirem no futuro.

Apesar dessas vantagens e embora a metodologia TIP não inclua na estruturação teórica de seu processo a interferência do sensitivo, este faz parte de sua equipe como profissional auxiliar. Se dizemos *profissional,* é porque na TIP o sensitivo é tratado pela RMI e treinado para sua função específica. É tratado porque o sensitivo natural tem também os seus problemas de nível I e os projeta quando se comunica com outros inconscientes. Daí resulta uma *margem de erro* que a Parapsicologia reconhece como de 30%, no mínimo. Com o tratamento pela RMI, esta margem reduz-se a um mínimo muitas vezes menor. E o sensitivo é treinado para que a sua capacidade de comunicação não-verbal de inconsciente a inconsciente sirva de assessoria aos médicos e psicólogos, quando estes a solicitarem. Fará ele, então, uma *objetivação* da questão-problema do paciente, indicando o alvo a ser pesquisado, o motivo do bloqueio, a técnica de maior possibilidade de acerto, enfim, *cortando caminho* nos muitos rodeios normais a todo processo médico e psicológico, quando se busca o diagnóstico ou o melhor recurso terapêutico. As informações ao terapeuta pelo sensitivo não visam ser levadas diretamente ao paciente, mas serão lançadas tecnicamente na terapia, usando-se o simbolismo, uma

forma de testé ou outra forma indireta. Isto permite que se verifique a autenticidade dessas informações e que se teçam comparações. De fato, enquanto que a atuação de um sensitivo na Parapsicologia normalmente não tem critérios para avaliação da margem de erro, *na TIP, realiza-se o teste comparativo entre o que o sensitivo sentiu, o que o paciente percebeu, o que o terapeuta analisou e o que o médico diagnosticou.* Em outras palavras, na TIP a ajuda da intuição é considerada válida para o benefício do paciente porque objetiva e acelera o processo de terapia. E este recurso, desde outubro de 1986, está sendo elaborado na forma de uma bateria de testes projetivos do inconsciente.

O sensitivo, na TIP, pode ser aproveitado também junto a outras funções auxiliares. Assim, no aparelho *neurotron,* sua sensibilidade permite que perceba melhor os comportamentos de não- adaptação do paciente, o que comunicará ao médico ou ao psicólogo responsável pelo caso. Como operador de *hipnotron,* terá ele sempre maior facilidade em criar recursos adequados ao assunto que precisa ser trabalhado especificamente em cada paciente, de acordo com a orientação do médico ou do psicólogo.

Nesta diferenciação — TIP-Parapsicologia — queremos reforçar ainda uma questão citada em parágrafo anterior sobre o sensitivo que consegue “atuar sobre outras pessoas”. Esta atuação, que a Parapsicologia chama de “telergia”, até certo grau de intensidade também é comum e espontânea em todos os seres humanos. Se não nos apercebemos disto, é porque não estamos treinados a fazer este tipo de observação. Mas bastaria lembrar a nossa infância, quando as nossas quedas e machucaduras resultantes de peraltices nos faziam chorar e correr até a mãe e quando a mãe, então, numa atitude de amor, de desejo em curar-nos, passava a mão no local machucado dizendo que *tudo já passou.* A dor, assim, quase sempre cessava, instantaneamente. Hoje se sabe que esta atuação de uma mãe que ama sobre seu filho, no sentido de tirar-lhe a dor ou de curá-lo, não é apenas sugestão psíquica, mas uma ação energética que

pode modificar, em muito, a realidade psicofísica da pessoa atingida; da mesma forma como uma mãe agita e contagia seus filhos quando seu coração está envolvido em ódio e revolta, podendo até mesmo adoecê-los. É uma verdadeira carga negativa que suas emoções transmitem ao inconsciente da criança, a qual, por sua vez, transfere os efeitos desta emoção ao organismo, pois “a emoção é a ponte de ligação entre psiquê e físico”, conforme já explicamos anteriormente.

Quanto ao efeito emocional afetivo da mãe sobre o organismo da criança, considere-se a seguinte experiência narrada abaixo.

Nos anos 70, uma pediatra jovem e idealista, que trabalhava junto a um dos mais famosos pediatras brasileiros numa cidade próxima a Brasília, realizou uma experiência. Percebera ela que a criança internada em hospital, ao lado do sofrimento físico da doença, sofria, ainda, com maior intensidade, o choque de separar-se da mãe para esta internação e de ficar só em local estranho. Permitiu a pediatra, então, que as mães ficassem sentadas ao lado destas crianças dia e noite, cuidando delas, de sua higiene, dando-lhes alimentação com carinho, transmitindo-lhes a força do seu amor. Observou a médica que nestas condições a reação à medicação era bem mais rápida e que a recuperação da saúde destas crianças se fazia bem mais depressa que nos tratamentos comuns.

É por este motivo que falamos no final do capítulo da metodologia TIP que a *terapia é antes de tudo um ato de amor,* uma vontade de querer o bem real do paciente, muito mais do que uma fria atitude profissional de visar apenas analisá-lo ou de trabalhá-lo tecnicamente. Porque quando amamos o paciente, ou seja, quando vemos nele, apesar de suas misérias psíquicas, físicas e até morais, aquela centelha do humano-eterno que o ultrapassa, que lhe dá uma dignidade de filho de Deus, e diante de quem somos um instrumento para recuperá-lo, uma força energética naturalmente se infiltrará em nosso trabalho técnico e os efeitos benéficos sobre o paciente serão imensamente mais amplos e ricos.

No processo TIP, portanto, devido à natural comunicação entre inconscientes, reconhece-se a grande importância do estado psicoe- mocional e da atitude interna do terapeuta que realiza o tratamento do paciente. Aquele terapeuta que assume a atitude de amor e aceitação, antes de preocupar-se com as técnicas a usar, realiza incomparavelmente mais pela recuperação integral do paciente que o mais perfeito especialista técnico.

São esses, genericamente, os aspectos que entrelaçam a Parapsicologia à TIP e que a diferenciam ao mesmo tempo.

4.4.2 — Uma vez feita a abordagem direta do inconsciente, o processo terapêutico sobre este nível, para eliminação de registros negativos e sua substituição, para o tratamento e reestruturação da personalidade, prossegue agora, basicamente, com a utilização dos recursos e das técnicas genéricas e comuns à Psicologia convencional, só que transportadas do nível consciente para o nível inconsciente e para sua realidade específica.

A Psicologia, portanto, faz parte da TIP. Respeitam-se as técnicas, os princípios, a ética, a conduta psicológicas. Conduz-se o paciente à autodescoberta e à autodeterminação. Aguarda-se que o paciente encontre as soluções e os recursos de reestruturação do seu inconsciente, que aprenda a descondicionar, a recondicionar e a reformular reações e hábitos. As perguntas, dúvidas e incertezas são devolvidas ao seu inconsciente para que ele próprio encontre as respostas.

Finalmente, quando tudo é reelaborado e reconstruído com a plena e livre participação do paciente, trabalha-se com reforços, por meio de vários outros recursos psicológicos.

4.4.3 — A experiência TIP sobre o inconsciente comprova, ainda, que os traumas revelados pela técnica de reativação da memória inconsciente não são apenas psicológicos. Ao contrário, um trauma psíquico, encontrado sobre o nível I, aparece aí, inúmeras vezes, associado a uma somatização de qualquer espécie de mal físico.

Assim, *a Medicina* enlaça-se à *Terapia de Integração Pessoal.* Na função de equipe, o médico é o primeiro a receber o paciente. Faz ele a triagem e prepara-o emocional e fisicamente para a psicoterapia, receita medicamentos, quando necessários, controla sua dosagem, energiza o paciente, recupera seu cansaço cerebral, receita os aparelhos e acompanha o paciente em sua melhora psico- física, retirando a medicação logo que isto for possível. É também o médico que realiza a avaliação geral do paciente, após a alta dada pelo psicólogo.

A Terapia de Integração Pessoal é, portanto, de certa forma, uma terapia *psicossomática e somatopsíquica,* aproximando-se ora mais da Medicina e ora mais da Psicologia, em círculo contínuo de entrelaçamento destas ciências.

4.4.4 —Mas a TIP não é apenas psicossomática, pois engaja-se noutra classificação, quando o paciente, a partir de seu inconsciente profundo, descobre a sua constituição ontológica e sua realidade noológica.

Esse é o momento em que a TIP entranha-se na *Antropologia Filosófica.* Pela RMI, o paciente "visualiza-se" diante do núcleo central de seu ser. Percebe sua constituição essencial e estável e encontra-se com sua realidade transcendental.

4.4.5 — A Terapia de Integração Pessoal mantém, ainda, um entrelaçamento com a *Logoterapia,* criada pelo neuropsiquiatra Viktor Frankl, e cuja fundamentação antropológica é, genericamente, confirmada a partir da abordagem direta do inconsciente.

Na conferência que realizamos no I Encontro Latino-Americano Humanístico-Existencial e de Logoterapia, sobre o tema "Terapia de Integração Pessoal e Logoterapia" esclarecemos esta relação, inclusive com respeito aos aspectos que poderiam parecer antagônicos. Falamos no princípio da conferência:

"A atuação sobre o inconsciente classifica essa terapia (a TIP) como *profunda,* o que parece colocá-la, em princípio, em posição contrária à Logoterapia, principalmente com referência ao que a Dra. Elisabeth Lukas, discípula de Frankl, chama de "Hõhenpsychologie". De fato, em seu livro "Von der Tiefen zur Hõhenpsycholo- gie", a autora faz uma crítica à terapia ^profunda (Tiefenpsycholo- gie), que se preocupa demasiadamente em 'vasculhar o passado' na busca de sonhos, lembranças e traumas inconscientes que enfraquecem a personalidade e adoecem, colocando o ser humano como vítima, sem responsabilidade sobre seu comportamento. Em oposição, defende a autora que é mais importante trabalhar o paciente para que 'penetre nos altos valores de seu espírito', em vez de "descer às profundezas de seu psiquismo", que o terapeuta 'descubra as forças noológicas' do paciente e se preocupe menos em 'pôr à mostra as suas fraquezas'. Conclui dizendo que a psicologia *profunda* pode perfeitamente ser *acrescida* ou até ser *superada* por meio de uma espécie de psicologia *elevada* (Hõhenpsychologie). "Em relação ao exposto, esclarecemos que a terapia sobre o inconsciente, conforme vem sendo desenvolvida pela TIP, permitiu a descoberta de propriedades, funções e conteúdos novos desse nível mental, o que, por sua vez, proporciona a oportunidade de dar à terapia profunda um enfoque diferente com referência ao conceito acima mencionado. Sem dúvida, encontram-se sobre o inconsciente traumas do passado, da infância, causas primeiras de doenças físicas, psíquicas ou psicossomáticas, que tolhem o pleno desabrochar da personalidade e que precisam ser tratados. Mas, simultaneamente, verifica-se aí, no inconsciente, a existência de dimensões antropológicas, de liberdade e de capacidade para a superação de todos esses sofrimentos. Durante o processo terapêutico, os problemas do passado, ao serem detectados pelo próprio paciente, são trabalhados sobre o nível I ao mesmo tempo em que se realiza a descoberta e o deslanchar de valores *elevados,* especificamente humanos, noológi- cos e transcendentais, por meio dos

quais se realiza a cura e a remodelação das atitudes tanto em relação ao passado como quanto ao presente do paciente.

A compreensão dessa peculiaridade da TIP fez com que um dos logoterapeutas presentes ao Congresso de Regensburg (Alemanha) classificasse a Terapia de Integração Pessoal como *uma psicologia elevada sobre a profunda.*

Na citada conferência, relatamos ao público as características novas reveladas pela abordagem direta do inconsciente, entre elas a existência dos registros positivos que podem substituir os negativos. Acrescentamos:

"A possibilidade de substituição dos registros negativos por positivos no I, ou seja, a capacidade de o ser humano poder redecidir ou reformular conteúdos inconscientes do passado, evidencia um novo ângulo e uma dimensão bem mais ampla da liberdade humana. O paciente pode jogar com os conteúdos, as funções e as propriedades do I para tomar a selecionar o que interessa à estrutura de sua personalidade e à sua saúde. Pode, assim, reconstruir positivamente o passado, que se projeta sobre condicionamentos do presente, e pode redefinir seu posicionamento interior, suas atitudes face a problemas ou circunstâncias em geral, pode mudar sua maneira de reagir e de encarar os fatos da vida. Acontece, portanto, uma 'remodelação de atitudes' (Logoterapia), que se formula sobre os traumas do passado, que se torna processo de cura e de compreensão do valor das dimensões noológicas do homem (Logoterapia) e que se transfere para o presente e para o futuro por aprendizagem."

Diz Elisabeth Lukas sobre a "remodelação de atitudes" (*Eins- tellungsmodulation*):

"Todas as pessoas têm problemas, mas nem todas adoecem por causa disto. A diferença não está tanto no problema em si, mas na maneira como nós nos posicionamos em relação ao mesmo." *(In:* "Auch dein Leben hat Sinn.")

Esclarece Lukas que o problema em si não é negativo nem positivo, mas é a nossa atitude que lhe

dá essas conotações. A atitude *negativa* fixa o processo, bloqueia o desabrochar de forças internas para vencer a situação, cria reações psicossomáticas, tais como suores, disfunções digestivas e reações psíquicas de passividade, negação das evidências, resignação e até desespero ou o suicídio. Ao contrário, a atitude *positiva* consciente e responsável diante do problema deslancha as forças internas ao encontro de soluções. Nesta perspectiva, a *ausência de problemas* pode ser até mais negativa que a presença deles, pois pode significar um vazio existencial e lançar para a busca de meios prejudiciais e autodestrui- dores. Lukas relata o caso de uma mãe que disse: “Meu filho é um problema, pois resulta de um casamento fracassado.” Nesta fala a mãe *fixa* o menino ao problema de seu passado, não lhe dando outra chance. Ela determina o seu futuro, não pelo problema que existiu, mas pela atitude que assumiu diante dele. É preciso, portanto, modelar uma outra atitude na mãe, centrada, não no passado, mas no *hoje,* numa fé no potencial sadio do menino, que deve ser desenvolvido dentro de uma visão *atual* e *prospectiva.*

Essa “remodelação de atitudes” da Logoterapia é semelhante às condutas que se assumem na TIP quando é feita a “substituição de registros” sobre o inconsciente. Lembrando-se de que este nível mental é atemporal, entende-se que através do *eu-pessoal* livre, no momento *atual,* se redefine opções ou posicionamentos tomados no passado, tendo em vista — além da reprogramação da memória I sobre esse passado — a nova atitude que disto resulta para questões presentes e futuras. Essa mudança de atitudes é utilizada na TIP desde a fase que antecede ao processo da terapia sobre o inconsciente, a fase preparatória, quando se motiva o paciente, por meio de um processo simbólico e sugestivo, a “assumir” seu tratamento, a reagir, a remover o obstáculo, a ver o outro lado da questão ou a encontrar solução mais positiva que a anterior, responsável pelo trauma.

A utilização de técnicas de mudanças de atitudes antes do processo da terapia sobre o inconsciente

pode acontecer na primeira consulta com o paciente, visando abrir as portas à terapia. Assim: uma senhora portadora de câncer procurou-nos, dizendo cabisbaixa: “Não sei por que vim aqui... eu sei que vou morrer.” Para retirá-la desta fixação na morte, relativizamos a importância do que dizia, respondendo: “Bem, estamos na mesma... Eu também vou morrer!” A paciente esclareceu: “É, mas eu tenho somente seis meses de vida!” Argumentamos: “Então a senhora leva uma vantagem sobre mim! Eu não sei se ainda tenho seis meses de vida!” A paciente levantou a cabeça e sorriu ligeiramente. Pegamos, então, as suas mãos entre as nossas, dizendo: “Veja, D. M., parece-me que não importa tanto *quando* nós morremos, mas *como* nós morremos, concorda?” A paciente emocionou-se, mas retrucou: “Pois é, mas eu fui péssima esposa, não fui boa mãe, não fiz nada de bom em minha vida!” Tornamos a perguntar-lhe: “Quanto tempo de vida você disse que ainda tem?” “Seis meses”, disse a paciente. Propusemos: “Então, que acha você da idéia de fazermos destes seis meses a sua transformação de ‘péssima esposa’ para ‘boa esposa’ e de lhe ajudarmos a ser boa mãe para que seus filhos guardem essa outra imagem sua, de agora em diante?”

A paciente perguntou se isso seria possível. Esclarecemos que sobre o inconsciente se descobrem as causas psicológicas que são transferidas para a vida e para os familiares e que, a partir daí, não se tornaria difícil descobrir as “mudanças de atitudes” necessárias e eficazes para uma nova vida em família.

A paciente mudou sua fisionomia e passou a apresentar-se esperançosa nas sessões de terapia subseqüentes. Relatava com alegria as mudanças que aconteciam em seu lar.

Sua vida durou ainda oito meses, dois meses a mais que o previsto. Acreditamos que a “mudança de atitudes” dessa paciente tenha exercido influência sobre o retardamento de sua morte.

O *autodistanciamento do sintoma* é outro método logoterápico que partiu da preocupação sobre a união estreita que o paciente costuma colocar entre o seu “eu” e seus sintomas.

“O paciente pensa que seu sintoma é uma qualidade que lhe é inerente”, diz Lukas. Precisa-se separar a pessoa sadia do sintoma que a aflige para que seja possível fazê-la reagir contra o mesmo.

No processo TIP, técnica semelhante ao “autodistanciamento do sintoma” é também utilizada desde a fase preparatória. O paciente precisa identificar simbolicamente o seu inconsciente, criar uma separação entre ele e seu *eu-pessoal* consciente, livre, sadio, para que depois consiga assumir uma reação ou reformulação dos conteúdos do seu nível I, que distanciou de si.O distanciamento entre a pessoa e o que ela sofre evidencia a “força de oposição do espírito” (Frankl) e conduz a mais um método logoterápico: a *intenção paradoxa,* recurso pelo qual se visa levar o paciente a “desejar o que teme”, partindo do princípio de que os opostos “medo” e “desejo” se anulam porque geram a inibição recíproca. É esse um instrumento especialmente indicado para romper com os mecanismos circulares de angústia e obsessão.

A nossa “técnica do oposto” ou do “absurdo” em muito se assemelha à “intenção paradoxa”, pois com ela visa-se à inibição recíproca e não só entre “desejo e medo”, mas também entre outros processos contraditórios no paciente, como quando ele “quer e não quer” curar-se, na resistência. A seguir, o resumo de um caso de “técnica do oposto” na TIP:

Certo paciente, prestes a formar-se em Engenharia, começou repentinamente a sentir-se mal, com tonturas, tensões musculares e vômitos quando perto de prédios altos ou ao fitá-los. Concluiu-se que não poderia exercer sua profissão. Percebemos que a causa inconsciente era a fuga da responsabilidade, mas trabalhamos, primeiramente, o sintoma apresentado: sugerimos que o paciente procurasse prédios altos e que, levando consigo papel e lápis, no local nos descrevesse em pormenores todas as sensações que tivesse. O paciente retornou dizendo que não conseguira realizar a tarefa porque o fato de ter que descrever seus sentimentos o “atrapalhava no sentir” os sintomas que vinha tendo.

Assim, o paciente “inibiu” suas reações de mal-estar. Isso que foi por nós elaborado em forma de exercícios para o paciente permitiu-lhe continuar seu estágio de Engenharia enquanto não realizasse todo o

processo de terapia sobre o I para remover as causas que alimentavam os seus sintomas.

A *autotranscendência* se opõe ao *autocentrismo* na Logoterapia. O autocentrismo, como diz Frankl, resulta da “hiper-reflexão” ou da “hiperintenção” pelo excesso de observação de si mesmo. Isso, por sua vez, não só cria processos obsessivos como desregula funções normais do organismo. Assim uma “hiperintencionalidade” focalizada sobre o sexo, para conseguir diretamente a potência ou o orgasmo, descontrola essas funções, que por natureza são destinadas a ser *efeito* e, no caso, efeito de um profundo amor responsável. Por isso, diz Frankl: “O prazer, quanto mais buscado diretamente, mais escapa.” O mesmo acontece em relação à felicidade: quanto mais a buscamos no sentido de usufruí-la diretamente, mais ela se distancia. Mas se nos “autotranscendermos”, o que quer dizer, se nos voltarmos para a busca de um sentido ou a realização de valores, teremos como efeito a felicidade. A autotranscendência, que nos retira de nosso autocentrismo, ou de nosso egoísmo, não é, portanto, apenas uma meta para santos ou heróis, mas uma necessidade elementar de todo ser humano, exigida em termos de saúde psicofísica, sendo até mesmo indispensável para quem quiser vivenciar o autêntico prazer sexual!

O método descrito por Frankl e Lukas para retirar a pessoa do autocentrismo e possibilitar a autotranscendência chama-se *derrefle- xão.* E esse um recurso de levar o paciente a concentrar-se sobre outros conteúdos, uma vez que não basta dizer-lhe que deixe de pensar tanto em si. É preciso dirigi-lo para além de si, motivá-lo a sentir-se “atraído” por uma tarefa a realizar, pela busca de valores, por um sentido que o ultrapasse ou por uma pessoa a quem se dedicar.

Na terapia sobre o inconsciente, nível mental onde o paciente se depara com a verdade mais profunda e essencial de seu ser e onde a “atemporalidade” e a “realidade potencial” ajudam e facilitam as “mudanças de atitudes”, é possível levar o paciente a vivenciar

emocional e afetivamente a substituição do "autocentrismo" pela "autotranscendência", e com profunda convicção pessoal.

Em suma, é possível traçar uma correlação entre Logoterapia e TIP, não sob o ponto de vista metodológico, mas em termos de concepção antropofilosófica.

A Logoterapia, partindo da dimensão "noológica", preocupa-se especificamente com o ser humano "responsável" que "cumpre um sentido e realiza valores". E a TIP, embora visando diretamente à cura psicofísica através do inconsciente, somente concretiza seu objetivo a partir do nível noológico do paciente, no momento em que este assume seu tratamento conscientemente, com responsabilidade e em função de um sentido ou de valores que quer vir a realizar.

CONCLUSÃO

> **Um ser humano profundamente motivado pelo amor para o bem é capaz de realizar obras extraordinárias, bem maiores do que centenas de homens coagidos sob inspiração do ódio a agirem com violência.**

Em fins de agosto de 1984, realizou-se em Garderen, na Holanda, um seminário baseado numa ampla pesquisa sobre valores atuais na Europa. Nele estavam presentes as maiores autoridades mundiais em assuntos relacionados com o tema, ou seja, especialistas em Teologia, Filosofia, Moral, Medicina, Sociologia, Bioética e Biogenética. Vinham eles dos E.U.A., do Canadá, da Finlândia, do Japão, das Filipinas, da Indonésia, do Brasil e de diversos países da Europa.

A pesquisa, realizada em nove países europeus e cujos resultados preencheram 11 mil folhas de computador, foi compilada num livro escrito por Jean Stoezel, professor da Universidade René Descartes de Paris e trouxe informações profundamente interessantes e surpreendentes. Uma das conclusões mostra que, na realidade, o mundo atual, diferente do que se supõe, não apresenta uma mudança radical no conceito de valores. Há muito mais uma variação de acordo com a idade do que em função da época em que vivemos. As pessoas, quando jovens, têm opiniões diferentes das que têm quando adultos. A idade de 30 anos é, em média, a época em que se operam essas mudanças. Após os 30 anos, surge, então, um outro tipo de conceito de valores, o qual em sua essência é semelhante entre

os diversos povos. No que diz respeito aos valores moral-religiosos, também esses tendem a se assemelhar entre si e se aproximam do código dos Dez Mandamentos que nos foi legado por Moisés.

A pesquisa, portanto, não confirma a existência real do relati- vismo moral, mas expõe uma linha uniforme, que se conserva através dos tempos. O estudo, de certa forma, comprova — sem o afirmar, mas pelo que se pode deduzir dos dados que oferece — que o ser humar/ó traz dentro de si um código ético o qual, em seu conteúdo básico, não é em função dos costumes e não depende da aprendizagem social. Ainda que os conceitos de valores tendam a mudanças na juventude, retornam a uma uniformidade na idade adulta.

Pelo método da abordagem direta do inconsciente, realizou-se, com a equipe TIP, o atendimento terapêutico a aproximadamente cinco mil casos até a data mencionada desse seminário. E a experiência confirma, renovadamente, os dados que a pesquisa levantou: o homem traz em si diretrizes básicas de comportamento moral que são comuns aos homens em geral. Embora essa moral intrínseca possa ser temporariamente perturbada por influências externas, pelo meio ambiente, pela aprendizagem e pelos costumes vigentes, conserva-se de forma autêntica no inconsciente, como que ansiando por uma redescoberta. Enquanto o homem individual não *der ouvidos* a este clamor interno, irá ampliando esta ansiedade, irá gerando progressivamente a angústia, a somatização, a autodestruicão, encontrando dificuldades no seu relacionamento com os outros e em sua vida profissional, nunca conseguindo atingir plenamente sua saúde total e integração pessoal e social.

Isso acontece porque o homem, quando se comporta de forma contrária ao que lhe sugere seu código ético intrínseco e natural, tende a se autopunir e não se permite o direito de usufruir do bem-estar.

Entre os assuntos que abordamos neste livro, a constatação acima referida pareceu-nos uma das mais importantes para ajudar ao homem sofredor de nossos dias. E muito significativo o alto índice de doenças físicas e psíquicas, cuja causa nada mais é do que o sentimento de culpa, resultante, na maioria das

vezes, do não seguimento dessas normas éticas internas, donde também surge o bloqueio do impulso natural de autotranscendência que quer a doação ao próximo e o encontro com Deus. Assim, a conhecida e antiga norma religiosa de orientar os fiéis para um exame de consciência diário e o conseqüente rito de reconciliação com Deus tinham um alcance muito mais amplo do que, talvez, os próprios religiosos e fiéis imaginassem, ou seja, o de preservar o psiquismo do sentimento de culpa e o organismo psicofísico da autodestruição inconsciente, de desequilíbrios e de doenças físicas somatizadas.

Se o homem se detivesse mais na introspecção, na busca dos ditames de sua consciência, há muito já teria compreendido essa realidade. Mas o homem foge de si mesmo. Tem medo de olhar para dentro de si. E assim, sem o perceber, cai na armadilha dos tempos modernos, cresce no sucesso exterior na mesma medida em que fracassa, desequilibra e destrói o homem interior. Sempre foi bem mais fácil dominar a técnica, a ciência e, hoje, o computador e o cosmo do que controlar o homem interno, do que enfrentar a si mesmo.

O homem está perdendo, cada vez mais, sua identidade e sua dignidade diante de novas e renovadas teorias históricas, sociais, psicológicas e até religiosas, diante do cientificismo e do tecnicismo. Parece que a fuga inconsciente da incapacidade de compreender o ser humano em sua realidade total — porque não se quer admitir sua constituição intrinsecamente estável e transcendental — lança as pesquisas e os estudos para o ambiente que o cerca, desviando o objetivo da atenção apenas para o observável, o quantitativo, o manipulável, enfoques que não permitem encontrar o homem.

Tenta-se, por vezes, estender o estudo ao homem em seu interior. É quando se preparam psicólogos, médicos-psiquiatras e outros profissionais, em número cada vez maior. Mas estes, paradoxalmente, acabam sendo envolvidos pela mentalidade da época e aprendem, desde as universidades, a cuidar de seus pacientes, prescindindo do *humano,* atendo-se muito mais ao corpo, ao psiquismo, ao cérebro, enfim, ao

ser animal que ao ser humano em si. Existe uma espécie de escrúpulo, um medo de considerar o homem no que o define como tal, no que o distingue de outros seres, apesar de que todos os homens, mesmo os mais incultos, sabem intuitiva e viven- cialmente da existência de uma realidade noológica no homem. E, se o objetivo da Ciência é o de investigar a *veracidade* dos fatos, talvez experimentemos muitas vezes mais um *preconceito científico* do que um *método científico,* o qual não poderia fugir da constatação fiel e do estudo dos fatos da forma como se apresentam na natureza humana.

E o fruto do que é ilegítimo e inautêntico é a *contradição:* assim, sob o pretexto de se defender uma sociedade ideal, sacrifica- se, com freqüência, a pessoa individual e gera-se um alheamento, um distanciamento sempre maior do bem comum. Desejando e promovendo-se mudanças externas ao homem, engendradas pela força, pela violência, pela criação de estruturas ou molduras de encaixe igualitário, geram-se conjuntos aparentemente organizados, mas rígidos, controlados pelo medo, monótonos, sem colorido e sem vida, porque reduzem a um só nível o incomensurável potencial criativo do ser humano. No campo psicológico, continua-se enfatizando a necessidade da expansão livre dos impulsos psicofisiológi- cos, orientando o paciente para a dispensa do autocontrole e, portanto, impedindo o seu amadurecimento como ser humano. Motivam-se as pessoas para o uso da liberdade, indicando para isso, paradoxalmente, o caminho da escravidão aos impulsos e aos sentidos. Focalizando-se os objetivos diretamente sobre a busca do prazer e da satisfação, dificulta-se ou impossibilita-se este encontro. A sintomatologia externa dos problemas sofridos por um paciente tenta-se resolver com soluções que criam conflitos internos, que conduzem à angústia existencial ou à autodestruição física e psicológica. E até a mensagem de Cristo, toda centralizada sobre o homem-pessoa, quer-se corrigir, dando-lhe outras conotações ou interpretações, que em nada ajudam mas que perturbam sempre, abalando a fé daqueles que crêem. Esse

emaranhado de confusões torna-se gradativamente letal ao ser humano, especialmente para a juventude, a nova geração da qual depende a humanidade futura.

E necessário redescobrir e valorizar o homem. Somente pela mudança interna do ser humano atingem-se todos os homens e melhora-se a humanidade. Diante do enfoque do homem interno, pode-se fazer melhor justiça, porque o ângulo do julgamento é mais autêntico. Nessa perspectiva, há de se perceber que todos os homens têm em si tanto riquezas quanto pobrezas. Assim, como disse um sacerdote num sermão de domingo na cidade de Wetzlar, Alemanha: “Pobre é aquele que se vê isolado do mundo ou que se fecha no egocentrismo, que não oferece aos outros homens os dons particulares que Deus lhe deu e que empobrece aos que com ele convivem; e rico é todo aquele que, independente de possuir ou não bens materiais, sabe doar a si mesmo, porque enriquece aos outros com cada um dos seus gestos, mesmo com o mais humilde!”

Pelo enfoque do homem interno, equilibram-se poderosos com fracos, porque há fraquezas semelhantes aos humildes nos poderosos e muita força em pessoas humildes. Por esse meio, elimina-se a distância das divisões em classes sociais, porque, em qualquer classe ou cultura, os casais se amam e se desentendem, o homem é doente ou sadio, sofre ou é feliz, pode ser mau ou bom, pode construir ou destruir. Somente quando focalizamos o homem-pessoa em seu interior e integralmente é que podemos descobrir os traços comuns de todos os homens para distingui-los daquilo que é específico de cada um. Só pela compreensão desse homem é que se pode ajudá-lo com eficácia. E apenas o homem recuperado em sua estrutura interna poderá prestar ajuda verdadeira aos outros. De fato, não se concebe uma pessoa equilibrada e sadia que não queira contribuir para um mundo melhor, uma vez que sua própria auto-realização depende de sua ação útil e produtiva.

Sabe-se muito bem pela História “que as civilizações sucumbem muito mais pelo enfraquecimento moral dos homens que as formam do que por agressões externas que as atingem” (Michel

Quoist). As mudanças expressivas da humanidade têm acontecido principalmente devido a grandes homens que ultrapassaram o seu tempo não só como pessoas, mas com a sua mensagem. Mais realizou Cristo, Ghandi, um Francisco de Assis, ou uma humilde e pobre Tereza de Calcutá na mudança da mentalidade dos homens do que as pressões externas monolíticas exercidas sobre as sociedades.

Ao enfatizar a importância de se cuidar da formação do homem-pessoa, não queremos, de forma alguma, minimizar os trabalhos sociais ou comunitários. Nossa intenção é contrabalançar, porque o homem não tem sido esquecido apenas pela técnica; mesmo nas ciências sócio-humanísticas, ou em rituais religiosos criados para o atendimento individual dos fiéis, ainda em cerimônias destinadas a transmitir a mensagem evangélica, acontece, freqüentemente, a substituição total desses conteúdos por incentivos de ação comunitária ou por discursos apenas sociopolíticos, o que deixa um vazio nos corações, o que debilita a fé e gera o afastamento dos ambientes religiosos, quando não resulta em divisão e ódio, exatamente o oposto dos objetivos visados por esses recursos.

Queremos lembrar que é preciso não esquecer a importância de se concentrar as forças da motivação sobre o amor autêntico que deseja a própria melhora da pessoa para melhor poder servir a humanidade. Diz um lema básico de Serviço Social que “todos os homens e cada um em particular quer e sempre pode mudar para melhor”. E é por crer na capacidade de mudança do homem, sedento de orientações verdadeiras, coerentes com o seu bem-estar de pessoa individual e comunitária, que nos pareceu valer a pena escrever este trabalho. Como falamos na Introdução, é este livro, assim como o homem-pessoa, apenas uma gota de água. Uma gota num oceano. Mas um pequeno córrego que irriga uma plantação de trigo, cujos grãos sustentam centenas de seres humanos, também é formado de gotas de água. Se as gotas individualmente desistissem de dar seu ínfimo esforço e colaboração, não teríamos o córrego, não teríamos o trigo, teríamos somente a

fome.

Outro aspecto do conteúdo deste ensaio que desejamos enfatizar neste final é a possibilidade de poder-se atingir, pela abordagem direta do inconsciente, *o homem no núcleo central de seu ser.* Neste núcleo, encontra-se o princípio vital, com as tendências tanto psico- fisiológicas como psiconoológicas do homem. E esse núcleo é único e livre, podendo resistir à formação ou a influências diferentes, mesmo as que são herdadas de quatro ou mais gerações. Tem ele características ao mesmo tempo pessoais e universais, no que concerne ao "humano" em si. Por meio dele, desse *eu-pessoal,* é que o homem se torna *responsável* e já não pode ser considerado joguete ou vítima das circunstâncias. A abordagem direta do inconsciente mostra, a cada novo caso tratado, que o homem colabora muito mais do que imagina com os acontecimentos negativos que o atingem, com os problemas dos quais se queixa numa anamnese. E se revertermos esta colaboração para ò enfoque positivo, podemos dizer que o homem tem maior capacidade do que acredita ter para evitar certos sofrimentos e para transformar o mal em bem. Desde que saibamos afastar as "vantagens secundárias" do sofrimento, a acomodação, o bloqueio devido à autopunição, desde que existam motivos fortes que despertem nossa potencialidade, desde que saibamos não só "por que", mas também "para que" queremos sanar nossos problemas de ordem física, psíquica, espiritual e social ou profissional, torna-se inimaginável o que podemos conseguir com a força desse *eu-pessoal,* livre e responsável.

Se todas essas nossas afirmações encontram respaldo na Filosofia contemporânea, na visão judaico-cristã, em Aristóteles, em Santo Tomás, em antropólogos modernos (Rudolf Otto, Leew e Wach), em estudiosos do neuropsiquismo atual como Rollo May, Igor Caruso, Frankl, Penfield e outros, é importante considerar também que aqui não se partiu dessas orientações, mas apenas da constatação de fatos pela experiência clínica. Assim, por coerência com o que se verificou e em função dos objetivos de cura

integral dos pacientes, é que não se pode descuidar, na terapia, dos aspectos noológicos e transcendentais desses doentes, sob pena de se falsificar e de se tornar ineficaz o tratamento.

Sabemos que o nosso método de terapia não é fácil de ser aceito e de ser compreendido, principalmente por esse referido aspecto acima mencionado, ao lado de outros que, de certa forma, abalam conceitos tradicionais.

Lembramos, no entanto, que os conceitos tradicionais estão ligados ao método científico, ou seja, ao conhecimento que, segundo Binswanger, é próprio apenas do estudo da natureza, da percepção objetiva das coisas, da elaboração de conceitos e da teoria. Segundo o autor, somente com o conhecimento fenomenológico ou com a percepção categorial (Husserl), que capta por intuição (Bergson) a essência, é que se pode chegar ao conhecimento do homem. E a TIP, sendo uma terapia humanista no sentido que lhe dá a análise existencial (Medard Boss), deve necessariamente ultrapassar os conceitos científicos. Assim, é bem possível que, por vezes, tenhamos contestado conceitos tradicionais, amplamente aceitos, sem intencio- nar fazê-lo. Mas o todo da teoria TIP é coerente entre si, comprovado pela experiência e pelos bons resultados obtidos.

Essa dificuldade que provavelmente encontraríamos com relação à TIP foi compreendida por um dos cientistas participantes do citado seminário sobre valores da Holanda. É ele Doutor em Medicina, em “Administrative Science”, em Filosofia e Teologia, e professor da Georgetown University, onde participa da coordenação da pesquisa de Biogenética. Quando lhe expus informal e longamente nossa terapia, percebendo seu interesse e rápida compreensão intriguei-me com sua atitude de aceitação pacífica, sem contestação, ao que dizia. Decidi perguntar-lhe se estava acreditando em mim. E ele, surpreso, replicou: “Yes, certainly... and no questions!” A seguir, esclareceu: “A sra. não pode esquecer que está falando com um pesquisador e, portanto, com um estudioso aberto para coisas novas... E perfeitamente possível que a mente humana registre muito mais do que pensamos, que a

memória inconsciente possa ser reativada, inclusive até à concepção, e que se atinja o núcleo central do homem, de onde emerge uma religiosidade natural... O pesquisador sabe que isso é possível, e a sra. tornou essa possibilidade viável através de um método. Portanto, *no questions...* ” Após uma pausa, o cientista acrescentou: “Mas eu admiro sua coragem de levar esse método ao mundo de profissionais, psicólogos, médicos, psiquiatras formados dentro de uma linha convencional, pois para a maioria deles o novo e diferente é desafio, é uma ameaça, quase uma agressão!”

No Garderen Seminar (agosto, 1984, Holanda), durante a realização de um painel sobre o aborto, o Professor Francisco Abel, S. J., Doutor em Medicina e Filosofia pela Universidade de Barcelona, de Sociologia Demográfica pela Georgetown University, Professor em Teologia Moral, Diretor do Instituto de Bioética, comentava sobre a dificuldade de se precisar o momento exato do surgimento da vida humana através das ciências, porque cada campo de especialização usa uma linguagem específica e volta o seu interesse para uma perspectiva diferente, a ponto de tornar um diálogo de entendimento comum quase impossível. Trazemos aqui o pronunciamento a respeito, traduzindo-o a partir dos anais do seminário. Relata o professor: “Estávamos reunidos numa sessSo, profissionais diversos: médicos clínicos, obstetras, ginecologistas, psiquiatías, teólogos, biólogos e um engenheiro de genética, pesquisador do DNA. O diálogo tornou-se muito rico, porque era quase impossível haver um entendimento sem as pausas para esclarecimento de conceitos. Mas quando o engenheiro falava sobre a possibilidade de mudar em 45 graus uma cadeia de DNA com determinada combinação de carbono, alguém perguntava: “O que significa isto em termos de vida?” “É uma cadeia de cromossomas”, respondia o engenheiro. Perguntava o outro: “Mas isto é vida?” “Sim, claro”, dizia o engenheiro. Insistia o teólogo: “Pode ser chamado de vida humana? Qual o momento em que começa esta vida?” E o engenheiro respondia: “Eu não estou preocupado com esse assunto. Eu estou falando sobre

cromossomas.” O teólogo não se deu por satisfeito. “Mas isto são cromossomas humanos?”, perguntou. “Não estou lembrado, mas posso verificar”, respondeu o engenheiro. O teólogo tinha uma visão de sacralidade da vida. Era-lhe difícil combinar essa sua concepção com cadeias do DNA. Mas também o biólogo não conseguiu enten- der-sè com o engenheiro de genética, pois a sua preocupação são os fatos biológicos. Ele está sempre à procura de individualidades e para isto procura identificar um determinado grau de complexidade que lhe permita assegurar que aquela vida é um indivíduo. Ele, por sua vez, perguntou ao engenheiro: “Esta cadeia já é uma individualidade?” Com mais esta pergunta o engenheiro de genética se sentiu confundido e desabafou: “Estou perdido... Não sei do que vocês estão falando!”

Trouxemos estes dois relatos, do Professor da Georgetown University e do Professor Abel, como exemplo de que 6 fato de certamente não se conseguir entender, apenas através deste livro, a Terapia de Integração Pessoal em toda a sua abrangência é problema comum a todas as especialidades do campo metodológico, ou científico, ou experimental, que abordam um tema de ângulos diferentes. E o nosso método snfoca o homem a partir de um ângulo não convencional, o inconsciente.

Os relatos acima ainda ilustram o que lembrávamos no Prefácio ao nosso trabalho: o risco que corremos ao insistir com especializações em torno de questões do homem, sem manter a referência de sua natureza ontologicamente integral. Se as ciências continuarem neste caminho, construirão uma “torre de babel” que conduzirá ao caos, em vez de ajudar ao ser humano. A própria Psicologia tradicional, que também se descuidou do aspecto referencial do homem em sua totalidade, está tão dividida em “linhas” e “abordagens” diferentes e em “linguagens específicas” correspondentes, que, se nos preocupássemos em tecer correlações neste trabalho, por certo jamais chegaríamos a um fim e nunca satisfaríamos a todos.

Quanto a nós, que participamos da conferência do Professor Abel e que temos uma metodologia que abrange o homem em todas as dimensões, sabemos, a partir de nossa experiência, que a vida humana se

inicia no exato momento da formação do ovo. Se tivéssemos participado da mencionada sessão, ter-se-ia travado um diálogo de entendimento, ao menos com o outro conhecimento de visão integral do homem, que é a Teologia. E se o engenheiro e o biólogo se preocupassem em suas pesquisas com o homem integral, seria possível entender-se com eles através de perguntas diferentes, tais como: “Que tipo de cadeia cromossômica corresponde ao momento da concepção?” ou “Que tipo de complexidade biológica se forma no instante da formação do ovo? É uma individualidade?”

Comentamos isto informalmente com o Professor Abel, após a conferência. E talvez fosse dentro de um raciocínio semelhante ao que expusemos que S. Emª o Cardeal Daneels, da Bélgica, afirmou, no encerramento do seminário: “Eu penso que a linguagem comum a todos e que ao mesmo tempo respeita a autonomia de cada ciência é a Religião... Quanto mais as ciências se desenvolvem, tanto mais a Religião será necessária, porque ela é a única chance para que a humanidade se encontre e mantenha um entendimento. E se nos lembrarmos que a palavra-chave da Religião é o Amor, nós entenderemos por que motivo esta é a única linguagem capaz de unificar e harmonizar todo o esforço que está sendo feito em nossa época!” (Anais do “Garderem Seminar”.).

Um outro assunto que acreditamos merecer destaque neste nosso trabalho é o que se refere à experiência com a *criança de útero materno.* Viu-se que esta criança já existe individualmente, sente, percebe o que acontece com seus pais, alegra-se e sofre física e emocionalmente desde a concepção. Ao argumento médico de que a criança de poucos meses de gestação ainda não tem um *desenvolvimento* do sistema nervoso que lhe permitisse sentir e sofrer, pode-se responder, com a mesma força de argumentação, que o seu sistema nervoso está completo no ovo humano e que não existe nenhuma prova de que um ovo humano não *sente* só porque não está desenvolvido.

Além disto, a experiência da TIP nos revelou que existe um *eu-pessoal* presente ao momento da concepção que *conhece e compreende e acompanha* o próprio

desenvolvimento do seu ser psicofísico. Este *eu-pessoal* corresponde ao que o cientista Penfield chama de *mente,* ou seja, uma realidade mental que é movida com outro tipo de energia que o cérebro, e que, embora se expresse pelo cérebro, é independente dele, sendo a força que dirige a atenção e que condiciona o cérebro. Esta mente pode ter o seu maior desempenho exatamente quando o cérebro começa a fracassar, na velhice, diz Penfield. Ora, o mesmo'princípio pode valer para a época em que o cérebro, em vez de estar *fracassando,* está em *pleno potencial,* embora ainda não desenvolvido, ou seja, na concepção. Daí o aborto, independentemente das opiniões a favor ou contra ou das conjecturas que se fazem em torno do assunto, não escapa de uma verdade incontestável: é ele um assassinato, um homicídio. E é o homicídio do mais ingênuo dos seres humanos, cujo sofrimento, com o choque da percepção sobre a monstruosidade de que um adulto é capaz, deve ser bem mais apavorante do que para nós que já convivemos com ela e até encontramos quem a defenda.

Para nós, que somos terapeutas voltados a aliviar o sofrimento humano, não é difícil compreender os mais complexos sofrimentos psicológicos, mas torna-se difícil entender um *eu-pessoal* livre, uma *mente,* um *caráter,* que posicione a favor do aborto. O argumento que se usa é a defesa da *liberdade da mulher.* E nós perguntamos: *Que liberdade?* Uma mãe que provocou um aborto troca a libertação de uma criança pela escravidão insuportável da mais profunda das angústias que encontramos em toda a nossa experiência da TIP. Não importa qual tenha sido sua formação moral-religiosa. O sentimento de culpa e a autopunição partem da moral natural, intrínseca e universal existente no ser humano. Deixamos, a propósito, o relato sucinto de um caso que ilustra esta afirmação, para a nossa conclusão.

Uma moça procurou-nos chorando e sua angústia era tão grande, que não conseguia falar do seu sofrimento. Apenas chorava em evidente desespero, dizsndo que só queria morrer.

Colocamo-la em relaxamento e decidimos fazer a

reestruturação de sua gestação, porque desespero tão grande, em geral, vem de sofrimentos do paciente nesta fase. Se assim tivesse sido, a paciente, após esta técnica, deveria sentir-se melhor. Mas ela afirmou: “Nada melhorou, só a morte vai me aliviar.” Conduzimo-la, então, mais uma vez, ao relaxamento e partimos para um esquema de pesquisa sobre o inconsciente. Insistimos, mas a paciente dizia: “Meu inconsciente sabe o que acontece, mas não quer revelar!” Diante da ausência de recursos fornecidos pela paciente, ousamos propor-lhe uma questão: “Quem sabe você não se permitiu sentir o efeito da reestruturação porque algum dia, de alguma forma, impediu que uma criança em gestação se desenvolvesse?”, perguntamos. “Isto não tem nada que ver”, respondeu a paciente rapidamente. Partimos, então, para a simbologia. A paciente viu-se tocando um objeto mole “parecendo uma criança que estava morta”, mas não quis continuar a investigação da imagem. Usamos outra simbologia e ela viu uma laje... abaixo da laje, um caixão de criança. Mais uma vez, a paciente não quis se deter no assunto. Falamos, então, num campo aberto e pedimos que a paciente colocasse alguma coisa neste campo. E a paciente viu uma mãe entregando-lhe um boneco vivo, mas agonizante. Neste instante, a paciente rebelou-se, falando: “É você que está me sugerindo isto, porque você perguntou se eu havia impedido o desenvolvimento de uma criança em gestação!” Para libertá-la da idéia de “sugestão dadâ”, usamos, então, o artifício de figurar realmente uma sugestão. Falamos: “Não, eu estou pensando que seu problema está ligado a um cachorro... Você deve ter tido um trauma sério com um cachorro!” “Cachorro?”, diz a paciente. “Sim”, insistimos, “um grande cachorro preto, veja aí, você vai encontrar!” Após algum tempo de insistência nossa, onde usamos muito da sugestão simbólica, a paciente desistiu e disse: “Não tem jeito! Não vejo esse cachorro!” “Muito bem; isto quer dizer que não fui eu que sugestionei você a ver aquela criança por três vezes!”, concluímos.

A paciente, então, finalmente quebrou a

resistência e seguiu-se uma cena de muita emoção, onde ela, em nível I, pedia desculpas aos filhos que tinha abortado, pedindo depois a nós que a encaminhássemos a um sacerdote. “Agora posso voltar para Deus... Eu sei que Ele vai me receber, apesar de eu ter me afastado d’Ele tantos anos!”, dizia ela.

Na sessão seguinte, a paciente veio sorridente e abraçando-me comovida falou: “Eu renasci!...” A seguir, perguntou: “Diga-me, como é que eu podia ter sentimento de culpa em ter provocado aborto, se me criei ouvindo minha mãe falando a favor e tomando chás para abortar meus irmãos?” E eu lhe respondi com outra pergunta: “E sua mãe era feliz ou tinha também angústia de morte?” A paciente, como que entendendo, falou pensativa: “Não! Ela não era feliz! Ela sempre quis morrer, como eu... Já entendi! Nós não podemos ir contra aquilo que o mais íntimo de nós grita que está errado, não é?”

Acreditamos que grande número de mães, ao se conscientizarem de tudo que aqui foi revelado, passarão a dar mais atenção e amor aos seus filhos na fase em que se forma o lastro básico de seu bom ou mau desenvolvimento psicofícico, a fase de gestação. Como recompensa, terão, certamente, recém-nascidos tranqüilos, com menos choro e doenças, e observarão neles um desenvolvimento mais vivo da inteligência. Ao crescerem, serão adolescentes alegres, amigos de seus pais — desde que esses sejam amigos entre si. Tais filhos, por não terem mágoas e revoltas a transferir para a humanidade, contribuirão espontânea e positivamente para um mundo mais justo e melhor.

No que se refere ao *jovem,* a experiência sobre o inconsciente permite perceber a sua verdadeira índole. Ele quer ser autêntico, necessita de um ideal a seguir, precisa ocupar seu tempo com atividades úteis, sonha com um amor verdadeiro. Mas não sabe encontrar o caminho sozinho. E muito poucos são os que lhe indicam a direção correta. O jovem sabe reconhecer o que é bom, não é preciso escolher por ele ou em lugar dele, é preciso apenas que se diga que ele é livre em sua “nave que flutua sobre o mar”, mas também que deve estar alerta, pois costuma haver

recifes de um lado e um *porto seguro* noutro extremo. Interpretada adequadamente essa mensagem, terá ele coragem e forças excepcionais para escolher a rota melhor.

Talvez a maior omissão humana da atualidade seja para com os jovens e exatamente porque eles querem acertar, porque estão abertos para o ideal. Infelizmente, porém, ouvem eles muito mais respostas daqueles que são os “negativos”, como os traficantes, os editores e comerciantes de revistas pornográficas e tantos outros que enfraquecem a vontade e a força de decisão dos mesmos, fazendo inescrupulosamente desses jovens objeto de seus interesses econômicos e devolvendo ou rejeitando-os estraçalhados em sua personalidade, quando já não servem para esse fim. Além disso, é possível que, devido ao nosso esquema estudantil, consideremos o jovem uma espécie de “ser-em-pfossagem” da infância para a vida adulta. Não lhe damos uma função específica de colaboração na comunidade, acostumando-o a apenas usufruir, contestar, a reunir-se em grupos de lazer e isso, exatamente, na época em que ele tem mais energia e vontade de doar-se a uma causa de bem comum.

A técnica da reativação da memória inconsciente permitiu, por sua vez, a *redescoberta da importância da família e da vida conjugal para o sadio desenvolvimento dos estados psicofísicos dos filhos.* Por meio dessa técnica, evidenciou-se, ainda, a tendência à repetição de erros e acertos entre as diversas gerações, a identificação da esposa com sua mãe e com o modelo conjugal de seus pais e vice-versa para o marido. E nesse desajuste entram as atitudes livres, os *jogos conjugais,* as agressões mútuas, levianamente introduzidos na vida a dois. Creio que, na medida em que os casais conscientizarem a seriedade dos efeitos desses comportamentos, surgirá uma maior motivação para querer mudar e, então, o *reajus- tamento conjugal será quase sempre possível.*

A *abordagem metódica e direta do inconsciente*, na terapia, é, no fundo, como explicamos, uma aprendizagem de *introspecção sincera,* um encarar-se corajosamente. E não se refere ela só ao passado, nem

significa um fechamento sobre si mesmo, mas, ao contrário, é um penetrar em si para de lá trazer tudo que há de melhor e aplicá-lo produtivamente no meio exterior. Essa abordagem é uma forma de atingirem-se curas e conversões profundas: conversões do homem para o seu *eu original,* sempre perfeito, saudável, livre e responsável; conversões para a mudança de atitudes, em função da descoberta da tendência do homem para o bem; conversões para o Absoluto, devido ao encontro sobre o inconsciente profundo com Deus-Amor.

Costumamos figurar este homem no seu valor pessoal dentro da humanidade com a imagem de uma grande rede de malha, onde os filhos se encontram na forma de *nós.* São muitos os *nós,* mas cada um é indispensável na montagem do conjunto. Cada *nó é* como um ser humano com seu lugar distinto e definido, com sua missão indispensável e insubstituível. Nessa rede, encontramos sempre alguns *nós* que se deixam cair e que levam outros consigo. Haverá também *nós* arrancados antes da hora, pelo aborto, pelo suicídio e homicídio ou por outros motivos, e esses abalam a rede inteira, pois o vazio, não planejado, tenderá a desmanchá-la. Mas se estimularmos os seres humanos para o desenvolvimento livre e responsável do seu potencial original, se os ajudarmos a seguirem a meta de sua auto-realização pelo processo de humanização, teremos um número sempre maior de *nós* que “sobem” e que com sua força contagiante superam a influência daqueles que simplesmente se quedam desanimados ou que lutam pelo mal. E esses, ainda que poucos, sem dúvida, confirmarão com sua vida e seu esforço o pensamento da grande Elisabeth Leseur, pensamento que continuamente nos anima a prosseguir no trabalho terapêutico, da recuperação integral de um por um de nossos pacientes, porque diz:

“Uma alma que se eleva, eleva o mundo.

″GLOSSÁRIO

ABORDAGEM DIRETA DO INCONSCIENTE ou ADI — É o conjunto de técnicas específicas utilizadas para a condução do paciente ao seu nível I e em direção à compreensão dos conteúdos desta sua realidade mental. A ADI marca o início do processo de tratamento da TIP e expressa a característica técnica básica do mesmo.

AUTO ou HETEROSSUGESTÃO — É um recurso que pode ser usado como auxiliar provisório, temporário ou de reforço, nunca, porém, em substituição ao trabalho terapêutico da RMI, que visa à remoção e substituição de registros negativos sobre o I. A heteros- sugestão é válida nas horas de crise do paciente ou em momentos em que ele não consegue se concentrar ou se submeter ao processo da RMI. Quando necessário, é aplicada também através do aparelho *hipnotron.* A auto-sugestão é válida, por exemplo, como exercício que o paciente pode fazer em casa, para a reformulação de hábitos e de pensamentos que o prejudicavam e para reforçar certas “substituições” realizadas durante a terapia.

AUTO-REALIZAÇÃO ou PERSONALIZAÇÃO — É o fenômeno de tornar real, efetiva e completa a potencialidade humana de cada indivíduo em particular. Não significa na TIP o fechamento sobre o mesmo, como é entendido por alguns especialistas (Viktor Frankl). É o processo de *plenificação* da própria individualidade, mas que só acontece como resposta de atitudes do “sair de si” em direção ao outro e ao bem comum. A auto-realização processa-se, na terapia, pela RMI e, especialmente, pela *reestruturação da personalidade,* realizada a partir do *eu-pessoal,* que se orienta em direção ao *tu.* A auto-realização, portanto, supõe o processo de “humanização” ou de “socialização”; a autotranscendência pelo amor-doação.

CRESCIMENTO PSÍQUICO — É o reforço realizado com pessoas cuja idade psíquica não corresponde à cronológica, visando gerar o equilíbrio. É geralmente

indicado para pacientes com problemas resultantes da superproteção.

DECODIFICAÇÃO, DESSENSIBILIZAÇÃO, SUBSTITUIÇÃO DE REGISTROS SOBRE OI — São processos da RMI sobre o inconsciente. A *decodificação é a desprogramação* ou *remoção* de elementos da memória inconsciente ou de condicionamentos. O que foi decodificado não mais é percebido pelo paciente sobre o nível I, ainda que o mesmo procure esta lembrança. O fato pode, porém, ser -lembrado em nível consciente. A *dessensibilização* é o processo de aproximação sucessiva de quadros mentais positivos sobre o nível I, visando neutralizar ou minimizar a força traumatizante dos elementos negativos desta memória. Os quadros mentais positivos não devem ser imaginários, mas fatos reais do conteúdo I. A *dessensibilização* é a técnica normal do processo retroativo. O termo *substituição* refere-se à troca realizada sobre o nível I do que poderíamos chamar também de *cargas emocionais.* E a troca das cargas negativas por positivas. Após esta *substituição,* québram-se cadeias de generalização negativa e criam-se novas cadeias de generalização positiva no I. Esta experiência dá ao paciente momentos, às vezes, nunca antes vivenciados, de alegria, paz e bem-estar.

EU-PESSOAL — É o núcleo básico individual e único para cada ser humano. Percebe-se sua existência em cada um de nós desde o momento da concepção. Surgindo simultaneamente com o corpo e expressando-se pelo processo de corporização, tem ele, porém, características próprias e distintas deste corpo do qual faz parte integrante. É imaterial, livre, sempre completo e perfeito, tornando a pessoa um ser responsável e não simples vítima das circunstâncias. A essência do *eu-pessoal* é imutável e estável. Mas a estrutura que se constrói sobre esse eu é a personalidade que pode ser perturbada por influências ambientais e por heranças psicofísi- cas. Pela RMI, pode-se corrigir esta deformação, fazendo-se a reestruturação a partir do *eu-pessoal.* O *eu-pessoal* encontra-se sobre o nível I, mas ele não é limitado a

este nível, pois exerce a função de coordenação sobre os processos consciente e inconsciente da mente. O *eu-pessoal* representa o *caráter,* a *consciência moral* e é o *princípio vital* saudável e perfeito. Por outro lado, o consciente, pela coordenação do *eu-pessoal,* deveria sempre controlar o inconsciente. Esta ordem é perturbada em pessoas que se sentem doentes, mas ela pode ser readquirida pelo tratamento com a RMI, pelo treinamento e por mudanças de atitudes, as opções livres do paciente.

FENÔMENOS NORMAIS E PARANORMAIS DO I — Há uma contínua interferência do nosso inconsciente e de todos os inconscientes sobre o psiquismo e o organismo, donde advém a maioria dos desequilíbrios e das doenças. Dificilmente encontra-se num paciente alguma enfermidade ou mal-estar que não tenha por móvel inicial um fator emocional, que foi agilizado pelo I e projetado sobre o dinamismo psíquico ou as funções orgânicas. Estas capacidades podem ser tratadas, controladas e aperfeiçoadas para o bem-estar do paciente. A isso chamamos de *fenômenos normais do I.* As mesmas capacidades podem produzir fenômenos a serem identificados por *paranormais,* no momento em que, devido a circunstâncias várias ou sofrimentos mais intensos, o inconsciente provoca a exacerbação dos mesmos. Assim, a mente I pode agir, por exemplo, sobre os sais minerais do organismo, gerar reações químicas, ou físicas, ou elétricas, criar *"materializações"*, *"levitações"*, a formação de objetos opacos no corpo, a bilocação, etc. Pode agir sobre a vida biovegetativa, perturbando as reações, e concentrar a energia, por exemplo, em fenômenos psicocinéticos. Também o nível noológico ou transcendental pode ser atingido por esta exaltação de capacidades normais do I.

A capacidade paranormal, vista como exacerbação do normal, embora basicamente originária de intenso sofrimento, nem sempre é a manifestação agressiva ou histérica, como querem muitos autores. Pode ela ser utilizada positivamente quando gerada por um impulso, num momento de susto ou de desespero, mobilizando

forças imediatas e incomuns para resolver uma questão de emergência; pode ser usada serenamente, com comando consciente, em termos de bilocação ou de outros fenômenos, para ajudar a pessoas que sofrem.

Temos que compreender ainda e distinguir claramente a *capacidade inconsciente em si* para produzir semelhantes fenômenos, o que é natural, do uso que se faz dessas capacidades. Este uso pode ser comandado pelo desequilíbrio psíquico, pelo ódio ou pela agressão ou, ao contrário, pelo bem-querer e o amor, a exemplo de grandes homens e de pessoas da história dos santos.

HOMEOSTASE — Em termos físicos, homeostase é a tendência para a uniformidade ou equilíbrio dos fluídos e tecidos do organismo normal (Cabral). Psiquicamente, seria a tendência da busca constante do equilíbrio, da satisfação das necessidades e impulsos. No conceito TIP, o nível psicofisiológico tende à homeostase só enquanto se volta mais para o fisiológico. Como assessor do nível psiconoológico, existe sempre a busca de um aperfeiçoamento contínuo e, por isto, “necessita-se de um certo grau de tensão permanente” (Viktor Frankl).

HUMANIZAÇÃO ou SOCIALIZAÇÃO — É a atitude interior, o hábito de caráter, o treinamento assumido para vencer o egocentrismo e para voltar-se ao bem comum no sentido de contribuir, de ser útil, de participar. E o processo que gera como resposta a auto-realização.

IDENTIFICAÇÃO INCONSCIENTE — Durante o processo da RMI, o paciente vai percebendo gradativamente certas heranças de costumes, de atitudes, de julgamentos, de procedimentos, de desequilíbrios e de doenças físicas ou psicossomáticas vindas de seus antepassados e registradas no seu inconsciente como *tendências à repetição,* ou como *modelo para identificação.* Diante de mal-esta- res, problemas ou preocupações que a vida oferece ao paciente, pode ele, inconscientemente, escolher reações de comportamentos, doenças ou condicionamentos pa^a

expressar agressão, para gerar auto- destruição, para chamar atenção sobre si ou por outros motivos. Pode o paciente também *escolher* de seus antepassados ou de seu próprio passado atitudes positivas.

Sobre o nível I, o próprio paciente descobre essas *escolhas feitas* e os *motivos* pelos quais as fez. Esta *identificação inconsciente* deve ajudar a esclarecer a chamada *predisposição* da Medicina, inexplicavelmente expressada por uns e não por outros membros de uma mesma família. A identificação, por outro lado, esvazia o conceito de “fatalismo” no que diz respeito, genericamente, às doenças hereditárias, pois pela RMI observou-se que muitas das heranças, tanto de problemas físicos quanto psíquicos ou noológi- cos, existem no I mais como *sugestão* ou como *disponibilidade,* ou, ainda, como *convite* à repetição, não como *obrigatoriedade* imposta pela natureza.

IMAGINAÇÃO — Esse recurso terapêutico difere essencialmente da projeção porque não é a *verificação* de experiências realmente registradas no I, mas a *criação mental* de uma cena ou situação não real com objetivos específicos, tais como para facilitar o relaxamento, para testar possíveis reações, etc.

INCONSCIENTE — É, para Freud, a camada mais profunda do psiquismo que caracteriza certos processos dinâmicos, os quais não alcançam o limiar da consciência. Na Psicologia, Jung e Rank conceituam o inconsciente de maneira diversificada à de Freud. O conceito desta ciência define: o inconsciente é um conjunto de processos e fatos psíquicos que atuam sobre a conduta do indivíduo mas escapam à consciência e não podem ser trazidos a ela por nenhum esforço da vontade ou da memória, embora possam aflorar espontaneamente em sonhos e *atos falhos*, em estados neuróticos e psicóticos. O conteúdo inconsciente pode ser trazido ao consciente apenas de forma simbólica, para ser interpretado pelo especialista. Na Psicologia, distingue-se, ainda, o *subconsciente,* que é a camada mais próxima do consciente, mas que escapa à consciência clara e reflexiva.

O *inconsciente* ou *I* na TIP é a área da mente cujo conteúdo, processo e funções são essencialmente diferentes da área consciente, mas que, ao contrário do que afirma a Psicologia, podem ser conhecidos objetivamente pelo consciente através do esforço da vontade e por meio de técnicas específicas de sua abordagem direta e de reativação dessa memória. Os conteúdos do I não são apenas de processos psíquicos, mas de todas as dimensões humanas. Através do I, encontra-se o próprio núcleo central da espécie humana e de cada ser humano em particular.

Os conteúdos traumáticos do I podem ser totalmente independentes de passagens difíceis da vida real, sofridos pelo paciente ou que são lembrados pelos familiares. São eles registrados no I em função do que o paciente *sentiu,* muito mais do que em função do que ele *viveu.*

Os conteúdos I também não são apenas de vivências traumáticas, mas há neles registros positivos e capacidades não desabrocha- das que podem ser ativadas, ou potencialidades desvirtuadas que podem ser recuperadas.

A característica temporal do I não é o passado, mas a *atempo- ral idade.*

Em termos de *profundidade* do I, não se justifica uma divisão única de inconsciente e subconsciente, porque existe nele uma graduação infinita de níveis passíveis de aprofundamento.

NÍVEL INCONSCIENTE ou NÍVEL I — É o âmbito ou campo de ação sobre o qual se desenvolve todo o processo, tanto diagnóstico como terapêutico, da TIP.

MEMÓRIA — E genericamente definida como a capacidade de trazer à consciência fatos e experiências do passado. Bergson distingue a memória-hábito chamando-a de orgânica, da memória-lem-brança, que denomina de psíquica. Jaspers e L. Dugas acrescentam- lhe outras características. A Pedagogia a amplia a todas as operações vitais, distinguindo a memória muscular, a visual, a auditiva, a objetiva, etc.

A memória I da TIP não contradiz esses conceitos, mas os amplia. Se a focalizarmos sobre o passado, ela atinge de três a seis gerações de antepassados. E o registro I desses antepassados não só existe em termos de pessoas ou acontecimentos, mas em toda a dinâmica interior desses personagens, de suas intenções, sentimentos, pensamentos, problemas psicológicos, morais e físicos. Todo este registro pode ser reativado.

Em relação ao passado do paciente, a memória I pode ser reativada até à concepção ou à gestação e com a mesma precisão que para fatos recentes. A memória I não sofre a influência do tempo, mas pode ser perturbada pela carga emocional.

A memória I pode ser recodificada por atos da vontade e pode ser substituída por novas escolha^ e opções. A memória I antiga então desaparece do registro I, podendo permanecer na memória consciente, onde antes, muitas vezes, não se encontrava.

Na memória I, praticamente não há limites para a investigação de fatos a serem percebidos e revelados pelo paciente que foi conduzido a esse nível mental.

Explicações sobre acidentes, crimes, desavenças, diagnósticos de doenças podem ser aí encontradas.

A memória I não se refere somente ao passado. Ela é atemporal como o próprio inconsciente. Em relação ao presente, ela se movimenta com a mesma maleabilidade, compreendendo situações, problemas, maneiras de pensar e sentir de pessoas e realidades de fatos. Em relação ao futuro, funciona como computador que processa

(>

dados disponíveis com grande rapidez, indicando tendências e possibilidades. A Parapsicologia se refere a essa capacidade da memória I como *pantomnésica,* ou seja, “de todas as coisas”, ou “de tudo”.

NÍVEL NOOLÓGICO — É a dimensão espiritual do ser humano. Pela TIP, considera-se o homem integral, através de duas dimensões básicas: o psicofísico e o psiconoológico. O psicofísico é formado pelos níveis mineral, vegetativo e animal. O nível noológi- co supõe o *eu-pessoal*, sendo que este, por sua vez, coordena o consciente e o inconsciente em suas funções. Como característica noológica, entende-se toda a capacidade que distingue a evolução humana da evolução biológica ou as qualidades espirituais que marcam a diferenciação do homem do animal: a vontade, a liberdade, a inteligência, o raciocínio, a criatividade, o discernimento, a razão, o conhecimento, a busca de sentido existencial, a busca contínua da religião e da fé. O nível noológico, devido ao *eu-pes- soal,* representa também a consciência ética, ou seja, o autojulga- mento da conduta em relação ao bem e ao mal. O nível noológico evidencia-se em suas características universais e particulares, no processo TIP, a partir do inconsciente.

ONTO-ANTROPOLÓGICO — A Ontologia estuda o ser enquanto ser, naquilo que é inerente a todos os seres e a cada um dos seres. Ela estuda os caracteres fundamentais do ser, aqueles que ele possui e não pode deixar de possuir. Ela se volta para a essência (Sto. Tomás), ou seja, para a *natureza,* que compreende tudo o que está expresso na definição do ser. E *antropo* é o ser humano. Ao falar-se em *onto-antropológico,* portanto, quer-se lembrar aquilo que é essencial ao ser humano, ou seja, ao homem *enquanto ser humano,* em sua constituição física, psíquica e noológica e orientado teleologicamente para a autotranscendência.

ORIENTAÇÃO TELEOLÓGICA — A Teleologia é o estudo

que relaciona o fato com a sua finalidde. Na TIP conceitua-se o ser humano integral dentro de uma orientação teleológica nos seguintes sentidos:

Iº) em termos genéricos, o nível psicofísico está orientado para o nível psiconoológico e este para a transcendência e o Absoluto;

2º) em termos mais específicos, o nível mineral existe em função do vegetativo, este está em função do animal e os três níveis encontram sua finalidade através do nível psiconoológico. O inconsciente exerce uma função dupla: procura atender ao nível psicofísico, mas sempre em função do consciente e por exigência do *eu-pes- soal;* serve ele também de assessor ao nível consciente, visando- direcioná-lo para a finalidade última do homem, a qual o transcende.

Essa hierarquia interna do homem, se for invertida por opções livres do *eu-pessoal,* desperta no inconsciente uma sensação de mal-estar e o mecanismo de autopunição, que serão expressados por desequilíbrios psicológicos ou doenças psicossomáticas.

PARANORMAL ou SENSITIVO — É um termo que nos vem da Parapsicologia e com definições diferentes. Rhine considera o sensitivo ou paranormal uma pessoa “possuidora de fenômenos que transcendem a toda energia física conhecida”. Genericamente, o sensitivo é definido como pessoa que age e percebe fatos fora dos limites da experiência normal ou dos fenômenos explicáveis cientificamente.

Na TIP, o sensitivo espontâneo é compreendido simplesmente como uma pessoa com capacidade natural de realizar a comunicação não-verbal entre inconscientes e de agir sem instrumentos sensíveis sobre objetos, sobre seu próprio corpo e psiquismo e sobre outras pessoas, mesmo a distância. E isto, em maior ou menor grau, acontece com todas as pessoas. No tratamento pela RMI, na medida em que o paciente aprende a controlar o seu inconsciente, torna-se “sensitivo” no sentido descrito, isto é, uma pessoa que exerce um controle tranqüilo sobre

suas manifestações inconscientes.

A metodologia TIP, em sua estruturação básica, não prevê a inclusão do sensitivo. Mas ele faz parte da sua equipe como auxiliar, depois de tratado e treinado. Sua função é a de assessorar os terapeutas e médicos, quando o solicitarem, visando objetivar o processo diagnóstico-terapêutico. O sensitivo é um instrumento para conduzir a respostas precisas e rápidas, acelerando o processo terapêutico, evitando desgastes, beneficiando o paciente. Essa percepção vem sendo elaborada, desde 1986, na forma de uma bateria de testes específicos sobre conteúdos inconscientes, através do Setor de Pesquisa e Avaliação, o SPA.

PERCEPÇÃO COGNITIVA I — É o ato intelectual que permite adquirir o conhecimento dos conteúdos e funções inconscientes da mente. Realiza-se esse ato através das técnicas da ADI e da RMI. Em relação às técnicas de afloramento do inconsciente ao consciente da Psicologia, a percepção cognitiva I segue o direcionamento
inverso: é o consciente que penetra na realidade inconsciente e o surpreende *in loco,* na forma pura como aí se apresenta — o que vai revelar um conteúdo totalmente diferente a um I “aflorado”, que é sempre simbólico e racionalizado.

A percepção cognitiva I, quando comparada aos ensinamentos de Piaget sobre a evolução cognitiva da criança, não a contradiz desde que consideremos Piaget se referindo apenas ao consciente. A percepção I é diferente, é imediata, total e completa na criança desde a concepção, não sofrendo alterações *quantitativas,* embora evolua *qualitativamente.* Isto porque a criança, em sua ânsia de amor, é demasiadamente sensível ao aspecto afetivo-emocional daquilo que percebe e pode alterar a percepção I pela forma de *sentir* os impactos negativos sem defesa. A interpretação, numa primeira percepção do paciente, pode, portanto, ser diferente dos fatos que objetivamente aconteceram, mas nunca se revelará diferente daquilo que o paciente sentiu, daquilo que

o traumatizou na ocasião. Sobre o I, a fantasia, a negação, os mecanismos de fuga ou de racionalização em relação ao que foi sofrido não se sustentam.

POSITIVAÇÃO — É o reforço de aspectos positivos encontrados na memória I do paciente. Pode ser específica, em função de determinado problema, tal como *valorização da pessoa, o amor dos pais, a amorização e o perdão,* ou genérica, de variados aspectos. A positivação é a reestruturação incompleta.

PROCESSO RETROATIVO — É um dos procedimentos técnicos da RMI, realizado de forma sistemática, iniciando-se a partir da adolescência e descendo, regressivamente, até o momento da concepção do paciente. Difere e é bem mais completo que o processo popularmente conhecido por *regressão de idade,* e isto, principalmente, pelos seguintes motivos: porque desperta aspectos variados da memória I e não apenas os traumas e o passado; porque não se basta com o despertar destes conteúdos, mas os trata e os substitui; porque o trabalho terapêutico é conduzido por meio de orientação psicológica e não pela sugestão ou hipnose; porque o processo não é externo ao paciente, mas realizado a partir de suas descobertas e com sua ativa participação.

PROJEÇÃO — A memória I projeta-se através dos sentidos. Pode aparecer na forma de sensações físicas, dérmicas, olfativas, auditivas, gustativas, por meio de tremores, falta de ar, angústia, choro e também por um repentino *black-out* da memória I. Quando essas projeções se dão sobre o físico, denominamo-las de “somati- zação”. Tais manifestações cessam logo que realizada a decodifica-, ção, a dessensibilização ou a substituição de registros. A projeção pode ser também a transferência de conteúdos inconscientes sobre outras pessoas.

PSICONOOSSOMÁTICO — A TIP conceitua o ser humano como constituído de uma realidade psicofísica (psicossomática) e psiconoológica. As três dimensões,

a física, a psíquica e a noológica, interagem continuamente. É esse dinamismo que caracteriza o homem integral e que foi designado de “psiconoossomático”.

PSICOSSOMÁTICO — Segundo a definição médica, o termo é a manifestação física de males de origem psicógena. Usa-se este termo também na TIP, mas o seu significado aí é mais amplo e genérico, expressando o todo humano, formado pelo nivel físico, psíquico e noológico, e que mantém em si uma contínua ação de interferência de um nível sobre o outro, qualquer que seja este nível. De fato, não existem problemas apenas psíquicos, ou só físicos, nem mesmo apenas espirituais, pois o homem não pode ser subdividido em departamentos estanques, mas é um todo integrado. Na TIP, o significado do termo psicossomático torna-se mais exato quando compreendido como *psiconoossomático.*

PSIQUISMO, CARÁTER, PERSONALIDADE — *Psiquismo é* o conjunto de processos mentais conscientes e inconscientes. Pode ele adoecer e estar perturbado por influências negativas do passado recebidas desde o útero materno ou por outros motivos. O *caráter é* definido pelo nível noológico ou pelo que conhecemos por *consciência,* ou pela capacidade de estabelecer julgamentos morais, e representa a dimensão livre e responsável do ser humano: é o *eu-pessoal,* coordenador do psiquismo, do consciente e inconsciente. Até diante de uma mesma doença psíquica de comportamentos bem definidos, o procedimento particular do paciente é único, porque orientado pelo caráter, que nunca perde totalmente a liberdade de opção e de decisão na ação. *Personalidade* é a pessoalidade, ou seja, aquilo que determina a individualidade. É a conjugação do caráter e do psiquismo. É a maneira habitual de ser de uma pessoa, aquilo que a distingue de outra em seu todo. A personalidade, vista dessa forma, não é estável e tende a mudar quando o corpo e o psiquismo são curados e quando, então, geralmente, o caráter se define de maneira diferente. As técnicas da RMI e da

reestruturação, portanto, atingem e costumam modificar primeiro o psiquismo e o físico, curando-os; depois, o caráter, ao permitir que o paciente, agora desbloqueado e curado, defina-se de forma renovada em suas opções livres; finalmente, a personalidade, porque esta é resultado do somatório do físico curado, do psiquismo reestruturado e do caráter reelaborado de uma pessoa.

REALIDADE POTENCIAL DO INCONSCIENTE ou RPI — Durante o processo da RMI, o paciente defronta-se, freqüentemente, com realidades diferentes aos acontecimentos aparentes. A RPI é a verificação daquela realidade, a qual, se tivesse sido compreendida na ocasião em que certos fatos aconteceram, especialmente os traumáticos, não teria tido efeitos tão negativos sobre a personalidade do paciente. A RPI é, portanto, a *verdadeira realidade* de sentimentos, intenções, objetivos ligados aos acontecimentos passados. Significa também *o que poderia ter acontecido* se o paciente tivesse tido a compreensão mais ampla e se tivesse reagido de forma diferente, o que esvazia muito o sofrimento I. Em relação a problemas atuais, a RPI não só revela *o que poderia ter acontecido,* mas o que *pode*, ainda, acontecer, desde que o paciente assuma certas mudanças de atitudes em função do que percebeu.

REATIVAÇÃO DA MEMÓRIA INCONSCIENTE ou RMI — É o conjunto de técnicas específicas utilizadas na terapia do paciente para despertar em sua memória fatos vivenciados, sofrimentos registrados desde a concepção, heranças negativas dos antepassados e substituí-los por vivências positivas encontradas no mesmo inconsciente do paciente. É a condução do paciente à reformulação de suas atitudes, inclusive sobre o seu passado, ou seja, a mudança gradativa e decisiva de suas opções livres a favor e coerentes com a estrutura intrínseca de seu ser e dos valores humanísticos, condição *sine qua non* do restabelecimento de sua saúde integral. A RMI é o recurso para libertar potencialidades, o *eu-pessoal* original, o impulso de autotranscendência e o sentido

existencial. A RMI conduz à descoberta do núcleo central do ser humano, de sua realidade física, psíquica e noológica.

Pela RMI, é possível encontrar a raiz de vasta ramificação de sintomas psicossomáticos e destruí-la, gerando, conseqüentemente, uma quebra das cadeias negativas. Pelo mesmo princípio, ao substituir-se o *negativo,* deslancha-se a construção de uma cadeia positiva, que se manifesta no consciente.

A RMI ajusta-se a vários procedimentos técnicos: pode ser retroativa ou progressiva. Pode ser sistemática ou assistemática. Pode enfocar inicialmente conteúdos negativos ou positivos, pode ser genérica, simbólica, objetiva, de positivação e de reestruturação. O procedimento deve ser ajustado a cada paciente em particular. O processo RMI só se encerra quando os testes de avaliação revelarem a ausência total de registros negativos sobre o I e a formação de uma nova cadeia positiva nesse mesmo inconsciente, mais o despertar do paciente para atitudes de autotranscendência.

A RMI, que se segue à ADI, resume a essência do processo diagnóstico-terapêutico da TIP.

REESTRUTURAÇÃO — É uma das técnicas da RMI. É um processo de reativação de aspectos positivos do I. É o novo crescimento, o desenvolvimento da pessoa do paciente, a nova construção de sua personalidade e o desabrochar de suas potencialidades a partir do “eu original”. É a ênfase dada às vivências saudáveis. É o reforço das emoções positivas da memória I com o enfraquecimento das negativas.

A reestruturação pode ser feita antes ou durante o processo de remoção dos registros negativos, quando isto for considerado tecnicamente válido para diminuir a resistência, a gravidade do sofrimento existente em torno dos traumas, ou por outros motivos. A reestruturação é o processo específico para a terapia com crianças.

REESTRUTURAÇÃO INTEGRAL — É o processo de reformulação positiva final da terapia, o reforço geral após a remoção de todos os registros psicossomáticos

negativos e após os testes de avaliação do I; é ela realizada a partir do *eu-pessoal.* É também a motivação para a autotranscendência e para a busca de um novo sentido de vida.

REGISTROS DO I — São os elementos que compõem a memória I, podendo ser positivos, negativos ou neutros. Os registros negativos representam as emoções traumatizantes da vida passada do paciente ou da memória de seus ancestrais presentes em seu inconsciente, sendo que estes continuam exercendo sua influência sobre a vida atual do mesmo. Registros positivos são, ao contrário, as vivências saudáveis, as emoções gratificantes, edificantes ou humanizantes. Cada registro I é uma base sobre a qual se assentam dezenas e centenas de sintomas conscientes ou manifestações características da personalidade de uma pessoa.

RESISTÊNCIA — É o conflito gerado entre o consciente que “quer” a terapia e a cura e o inconsciente que, devido a ganhos secundários, “não quer” a cura. Na resistência, o paciente “cobra” do psicólogo, em vez de “assumir” seu tratamento. Enquanto houver resistência, o desejo de não querer assumir o tratamento e a cura prevalece sobre a vontade consciente do querer curar-se. Isso bloqueia a capacidade de penetração do paciente em seu próprio I e, portanto, o processo de terapia. A resistência pode existir no início, durante e no final da terapia e por motivos diversos.

TERAPIA DE INTEGRAÇÃO PESSOAL ou TIP — É um método de tratamento psiconoossomático que atua através da abordagem direta do inconsciente (ADI), abrangendo o ser humano em seu nível físico, psíquico e noológico e envolvendo-o no dinamismo integrado desses níveis. *Seu sujeito é* a pessoa doente ou mesmo sadia. Seu *lema* é: a cura, o restabelecimento da saúde, ou a reestruturação integral da pessoa, num espaço mínimo de tempo com o máximo de eficácia.

Pela TIP, visa-se: a) o *paciente,* em seus problemas e dificuldades psiconoossomáticos.

Objetiva-se tratar e curá-lo integralmente, levá-lo à redescoberta do seu *eu-pessoal,* reestruturar sua personalidade a partir deste *eu sadio-,* permitir o desabrochar pleno de suas potencialidades; motivar para a busca da auto-realização p.or meio da autotranscendência em relação ao mundo, ao próximo e a Deus; b) o'*estudo* de análise, aperfeiçoamento e aprofundamento da TIP, a partir da experiência clínica, de assuntos correlatos, da estatística e da pesquisa; c) o *ensino* e a divulgação do acervo da TIP através de cursos especializados, de escritos, de conferências e por outros meios.

Significado do termo *Integração Pessoal*: *integração* refere-se ao homem em suas três dimensões, a física, a psíquica e a noológica; lembra também o *integral-integrado,* ou seja, as interinfluências entre estes níveis; e a *integração profissional,* que é a centralização do enfoque diagnóstico-terapêutico pela equipe; *pessoal* quer dizer que o paciente é pessoa única, livre e responsável; é o processo de *personalização* que se deslancha a partir do *eu-pessoal,* e é o processo de *humanização* ou de autotranscendência, necessário para que aconteça a personalização; *integração pessoal* significa, portanto, que o paciente é abordado a partir do mesmo ângulo, no núcleo essencial de seu ser, o qual se ramifica depois para problemas de ordem física, psíquica e espiritual; esclarece o processo de terapia, que se detém sobre a harmoniosa interinfluência dos níveis mencionados e sobre a adequada integração dessas dimensões; é o ajustamento da pessoa a si mesma, ao seu meio social e é a sua projeção para além de si mesmo, rumo ao infinito.

TRANSCENDÊNCIA — Transcender que dizer ultrapassar. Para que o homem consiga sua auto-realização, mais equilíbrio psíquico e saúde física, é preciso que *se ultrapasse.* É preciso que transcenda os bens materiais, transformando-os para o bem do homem, não vendo neles um bem em si mesmo. É preciso que transcenda do “autocentrismo” para a “autotranscendência”. E é preciso transcender para o

Absoluto e plenifícar-se em Deus. É essa uma conclusão resultante da experiência e da observação clínica do trabalho sobre o nível I, no que diz respeito à saúde psiconoosso- mática do paciente.

TRANSFERÊNCIA I — Simultaneamente à identificação inconsciente, acontece a transmissão projetada de sentimentos, julgamentos e repetição de atitudes para com outros. Uma mãe pensa em abortar sua filha e esta, quando grávida, sente impulsos semelhantes e por preocupações parecidas, justificáveis ou não, às que a mãe teve na sua gestação. Os desentendimentos conjugais refletem, primeiro, a busca da continuidade do pai ou da mãe, e, conseqüentemente, o refluxo de atitudes inconscientes de desabafo, vingança ou mágoa daquilo que foi malfeito, não pelo marido ou pela mulher, mas pela mãe ou pelo pai. A paciente magoa-se, no processo RMI, pela atitude pouco companheira de sua mãe para seu pai e, para surpresa sua, descobre que age da mesma forma. É a transferência inconsciente que, quando acontece em termos familiares, pode estender-se para quatro gerações e para atitudes negativas — mas também positivas — em relação à comunidade social, profissional, e para toda a humanidade.

VISUALIZAÇÃO — É a memória inconsciente reativada que se projeta sobre o sentido de visão. A visão não é real, externa, mas interna, como se fosse um misto de sonho, lembrança ou imaginação.

BIBLIOGRAFIA

ABBAGNNANO, Nicola. *Filosofia,* Ed. Mestre Jou, São Paulo,
1982

ADAM, Augusto. *Investigação sobre a Integração da Moral Sexual na Ordem Ética,* Ed. Educ. Nacional, 1956

ALLERS, Rudolph. *Freud — Estudo Crítico da Psicanálise,* 5ª edição, Livraria Martins, Porto

ALLPORT, F. H. *Theories of Perception and the Concept of Struc- ture,* Ed. Willy, New York, 1955

ALLPORT, G. W. *Personalidade,* Editora da Universidade de São Paulo, SP, 1966

AMADOU, Roberto. *A Parapsicologia,* Ed. Mestre Jou, São Paulo, 1966

ANALECTA, Frankliana. *The Proceedings of the First World Con- gress of Logotherapy,* 1980

ARESI, Albino. *Homem Total e Parapsicologia,* Ed. Loyola, SP, 1977 ,

. *Fundamentos Científicos da Parapsicologia,* Ed. Loyola,
SP, 1977

. *Pode-se Educar sem Deus?,* Edições Paulinas, S. Paulo,
1980

ARLOW, Jacob e BRENNER, Charles. *Conceitos Psicanalíticos e a Teoria Estrutural,* Imago Editora, Rio de Janeiro, 1973

BACERACH, Arthur, J. *Introdução à Pesquisa Psicológica,* Ed. Herder, São Paulo, 1969

BAECK, Leo, *Eranos Jahrbuch tomo XV,* Rheinverlag, Zurique, 1948

BEIGUELMAN, Bernardo. *Citogenética Humana,* Ed. Edart, São Paulo, 1972

BIAGGIO, Ângela M. Brasil. *Psicologia do Desenvolvimento, (2‘* edição), Ed. Vozes, Petrópolis,

1976 BIASI, Walter D. *Formas de Inteligência,* Rio de Janeiro, Livraria Editora Cátedra, 1975 BONYER, Louis. *Le Rite et Liturgie Sacralité Naturelle et Liturgie,* Les Editiones du Cerf, Paris, 1962 BRISSET, Henry Ey Bernard. *Manual de Psiquiatria,* Ed. Vozes, Petrópolis, 1981
CABRAL, Álvaro e OLIVEIRA, Eduardo P. *Uma Breve História da Psicologia,* Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1972 CABRAL, R. J. *A Psicopatologia Geral,* Ed. Sta. Edwiges, Belo Horizonte
CAMPOS, Martins de Souza. *Psicologia da Adolescência,* Ed. Vozes, Petrópolis, 1975 CARNEIRO, André. *O Mundo Misterioso do Hipnotismo,* Edart, São Paulo, 1963
CARUSO, Igor. *Analisis Psíquico y Sintesis Existencial,* Ed. Herder, Madrid
CHARDIN, Pierre Teilhard. *O Fenômeno Humano,* Ed. Herder,. São Paulo
CHARBONNEAU, Paul Eugéne. *Educação Sexual,* EPU, São Paulo,
1979
CHAUCHARD, Paul. *La Medicina Psicossomática,* Ed. Paidos, Buenos Aires
------. *Necessidade de Amor, Porque Amar, Como Amar,* Ed.
Herder, São Paulo, 1967
—— . *O Domínio de Si,* Edições Loyola, 1977
COELHO, José Guerra Pinto e HENRIQUE Furtado Portugal. *Anatomia e Fisiologia Humanas,* Ed. Bernardo Álvares, Belo Horizonte, 1969
COLMEIA. *Instituição a Serviço da Juventude,* Volume 4 — Ed.
Formar, São Paulo COUTO, Gabriel, *Dom. O Homem e sua Realização,* Ed. Paulinas, 1970
DAY, R. H. *Psicologia da Percepção,* Ed. José Olympjo, Rio de Janeiro, 1979
DEL GRECO, Teodoro da Torre, *Pe.* O. F. M. *Teologia Moral,* Ed. Paulinas, 1959
DESIDÉRIO, Florângela M. *Encontros, Desencontros, Reencontros,* Ed. Paulinas, 1982
Die Befreiung vom Wissenschaftlichen Glauben — Herderbücherei, Deutschland, 1974 DUNBAR, Flandres.

Corpo e Mente, Medicina Psicossomática, Ed.
Ateneu, Rio de Janeiro ELKIND, David. *Crianças e Adolescentes, Ensaios Interpretativos de Jean Piaget,* Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1972 ERIKSON, Erik. *Infância e Sociedade,* Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1971
ESCOLA DE PAIS DO BRASIL. *Educação Para o Futuro,* Livraria Atheneu, Rio de Janeiro, São Paulo, 1978
FESTINGER, Leon e KATS, Daniel. *Psicologia, a Pesquisa na Psicologia Social,* Rio de Janeiro, 1974
FIGUEIREDO, Antônio Pereira de. *Bíblia Sagrada,* Ed. das Américas, 1° volume, São Paulo, 1961 FIORINI, Hector J. *Teoria e Técnica de Psicoterapia,* Rio de Janeiro, 1978
FORGHIERI, Yolanda Cintrão. *Fenomenologia e Psicologia,* Cortez Editora, São Paulo, 1984 FOULQUIE, Paul. *O Existencialismo,* Difel, Rio de Janeiro, 1975
FOX, Emmet. *Os Dez Mandamentos,* Rio de Janeiro, Record de Serviços de Imprensa, 1953 FITZPATRICK, John L. *O Poder da Fé,* Editora Pensamento, São Paulo, 1983
FRANCA, Leonel, *Pe. Noções de História da Filosofia,* 2ª edição, Editora Agir, Rio de Janeiro, 1980
. *A Psicologia da Fé,* Ed. Agir, Rio de Janeiro, 1958
FRANKL, Viktor E. *A Psicoterapia na Prática,* EPU Editora, São Paulo, 1976, 239 p.
. *Der Mensch auf der Suche nach Sinn,* Herderbücherei,
1973, 158 p.
. *Der Unbewusste Gott — Psychotherapie und Religion,*
Küsel Verlag, München, 1974 . *Die Sinnfrage in der Psychotherapie,* Piper Verlag, München, 1981
. *Fundamentos Antropológicos da Psicoterapia,* Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1978
. *Homo Patiens,* Editorial Plantin, S. R. L., Buenos Aires, 1955.
. *La Idea Psicológica dei Hombre,* Ediciones Rialp S/A,
Madrid, 1976, 136 p.
. *Theorie und Therapie der Neurosen,* E. Reinhardt

Basel,
1983
FREUD, *New Introductory Lectures.* New York, Norton and C., 1963
FROMM, Erich. *Ter ou Ser?,* Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1977 GAGNON, William F. *Fisiologia Médica,* São Paulo, Ed. Atheneu, 1973
GARDEREN Seminar —*Anais do Congresso* — 1984 GEIWITZ, Peter Janes. *Teorias Não-Freudianas da Personalidade,* EPU, São Paulo, 143 p.
GEMELLI, Agostinho, *Dr. Psicologia da Idade Evolutiva,* Rio de Janeiro, 1963, 422 p.
G1LES, Ramson Thomas. *História do Existencialismo e da Fenome- nologia* (Marx Scheler, Büber Jaspers, Sartre), EPU, São Paulo,
1975
GILSON, E. *A Existência na Filosofia de Sto. Tomás,* Ed. Duas Cidades, 1962
GRÜNSPUN, Haim. *Distúrbios Neuróticos da Criança,* Ed. Atheneu, São Paulo, 1979
Distúrbios Psicossomáticos da Criança, Ed. Atheneu, São
Paulo, 1980
HALL, Calvin D. e LINDZEI, Gardnes. *Teoria da Personalidade,* EPU, São Paulo, 1973 HEIDBREDER, Edna. *Psicologia do Século XX,* Editora Mestre Jou, São Paulo, 1933
HENNEMAN, Richard H. *O Que é Psicologia,* Ed. José Olympio, Rio de Janeiro, 1973 HILGARÔ, Ernest R. *Teorias de Aprendizagem,* Editora Herder, São Paulo, 1969
HORNEY, Karen. *A Personalidade Neurótica de Nosso Tempo,* Ed.
Civilização Brasileira HOSSRI, Cesário Morey. *Treinamento Autógeno e Equilíbrio Psi- cotônico,* Ed. Mestre Jou, São Paulo HOWARD, R. e LEWIS, Martha. *Fenômenos Psicossomáticos,* José Olympio, Rio de Janeiro, 1974, 300 p.
IGLESIAS, Rivas Manuel. *Entre Luces e Sombras (Vision Cristiana de 1 “ realidad).* Editora Mensajero, Bilbao, Espana, 1971 INSTITUTO DE MEDICINA PSICOSSOMÁTICA — *Prontuários Sobre Casos Tratados*

IRALA, Narciso. *Controle Cerebral e Emocional,* Edições Loyola,
1977
JASPERS, Karl. *Filosofia da Existência,* Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, 1973
JOLIVET, Regis. *Las Doctrinas Existencialistas,* Editora Gredos, Madrid, 1953
JUNG, C. G. *Fundamentos de Psicologia Analítica,* Ed. Vozes, Petrópolis, 1973
O Desenvolvimento da Personalidade, Ed. Vozes, Petrópolis, 1981
. *O Eu Inconsciente,* Ed. Vozes, Petrópolis, 1982
. *O Homem e a Descoberta de sua Alma,* Ed. Vozes, Petrópolis, 1972
. *O Símbolo da Transformação na Missa,* Ed. Vozes, Petrópolis, 1979
. *Psychology and Religion*, N. H., Oxford Univ. Press,
1944.
KIERKERGAARD. *The Concept of God,* Princeton University, 1944
KIPMAN, Elisabeth, *Dra. Diálogo com o Bebê Durante a Gestação,* Ed. Paulinas, São Paulo, 1983 KLÜCKHOHN, Murray e Schreider. *Personalidade na Natureza, na Sociedade e na Cultura,* Ed. Itatiaia, Belo Horizonte, 1965
KRYNSKY, Stanislau. *Deficiência Mental,* Atheneu, Rio de Janeiro, 1969
LACERDA, *Pe. Juventude e Vida Plena,* Ed. Paulinas, São Paulo, 1976
LANGMAN, Jan., M.D., Ph.D. *Embriologia Médica,* Ed. Atheneu, São Paulo, 1970
LAZARUS, A. A. *Psicoterapia Personalista,* Ed. Interlivros, Belo Horizonte, 1977
LIBERT, Nobert. *Nuestra Potencial Psiquica,* Ed. Bruguera S.A., Barcelona, 1971
LECLERCK, Jacques. *La Révolution de THomme au XX Siècle,* Casterman, Paris, 1963 LEEW, Van Der. *La Réligion dans son Essence et ses Manifesta- tions — Phenoménologie de Réligion,* Paris, 1948 LEIST, F. *Confiança na Psicoterapia,* Ed. Herder, São Paulo,

1970 LEPR1NCE, Albert. *Energia Psíquica e Mágicos Modernos,* Ed.
Eldorado, Rio de Janeiro, 1973 LIMA, Alceu
Amoroso. *O Existencialismo,* Ed. Agir, Rio de Janeiro, 1950
LORENZATTO, José. *Parapsicologia e Religião, Alguns Aspectos da Mística à Luz da Ciência,* Ed. Loyola, 1979
LUCAS, Miguel. *Equilíbrio Total Através da Parapsicologia*, (2* edição), Almed Editora, 1981
LUKAS, Elisabeth. *Auch deine Familie Braucht Sinn,* Herderbücherei, Deutschland, 1981
. *Auch dein Leben hat Sinn,* Herderbücherei, Deutschland, 1980
. *Von der tiefen zur Hõhenpsychologie,* Herderbücherei
Deutschland, 1983 LUNDIN, R. W. *Personalidade, Uma Análise do Comportamento,* 2[s] edição, EPU, São Paulo, 1974 MACHADO, Ângelo. *Neuroanatomia Funcional*, Atheneu, São Paulo, 1977
MALDONADO, Maria Tereza. *Comunicação entre Pais e Filhos. A Linguagem do Sentir,* Ed. Vozes, Petrópolis, 1983 MARIA Cristina, *madre. Psicologia Científica Geral,* Livraria Agir, Rio de Janeiro, 1972 MARK, Melvin H. e HILLIX, William A. *Sistema e Teorias em Psicologia.* Editora Cultrix, São Paulo, 1973
MASSERMAN, Jules. *Terapia dos Distúrbios das Personalidades,* Ed. José Olympio, São Paulo, 1974
MAY, Rollo. *Love and Will,* Fontana Library Great Britain, London, 1972
. *O Homem à Procura de Si Mesmo,* Ed. Vozes, Petrópolis, 1976
MEGALE, Jpão Batista. *Conversas sobre Amor e Sexo,* (2[a] edição), Ed. Paulinas, São Paulo, 1981 MINERVINO, J. *O Matrimônio,* Ed. Paulinas, São Paulo, 1982 MIRA Y LOPEZ, Emílio. *Roteiro de Saúde Mental, Normas Práticas de Higiene Psíquica,* Ed. José Olympio, Rio ds Janeiro, 1956
MOHANA, João. *A Vida Sexual para Solteiros e Casados,*

Ed. Globo, Porto Alegre, 1969
. *Ajustamento Conjugal,* Ed. Globo, Porto Alegre, 1969
. *Não Basta Amar para Ser Feliz no Casamento,* Ed. Globo,
Porto Alegre, 1982
. *Céu e Carne no Casamento,* Ed. Agir, Rio de Janeiro, 1976
. *Paz pela Oração,* Ed. Agir, 1973
. *Plenitude Humana,* Ed. Globo, Porto Alegre, 1977
. *Prepare seus Filhos para o Futuro,* Editora Globo, Porto
Alegre, 1978
. *Teologia das Relações Humanas,* Ed. Loyola, São Paulo, 1982
MONCHAUX, Maria-Cláudia. *Educação Sexual dos 12 aos 15 anos,* Ed. Paulinas, São Paulo, 1982 MORAES, Gisela Renate Jost. *Amor, Sexo, Moral o que valeu para ontem valerá ainda hoje?,* Ed. Mens Sana, São Paulo, 1982
------. *Método de Terapia Noossofrológica MTN —* Conceito,
princípio e normas, 2® capítulo do doc: Princípios Básicos da Escola Noossofrológica, Belo Horizonte, 1976
------. *Psicoterapia do Mongolóide* (2ª edição), Impriminas, Belo
Horizonte, 1979
------. *Problemas Sociais do Hanseniano,* TCC de Serviço Social
—— Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1979
------.*Terapia Noossofrológica,* (2ª edição), Impriminas, Belo
Horizonte, 1978
MORGAN, Clifford T. *Psicologia Fisiológica,* EPU, São Paulo,
1973
MUELER, Conrad *Psicologia Sensorial,* Zahar Editores,
Rio de Janeiro, 1966
MULLAHY, Patrick. *Édipo: Mito e Conceito,* Zahar
Editores, Rio de Janeiro, 1976

MUNIZ, Manoel Vieira. *Tensão Emocional,* Ed. Vozes, Petrópolis,
1976
MURPHY, Joseph, *Dr. O Poder do Subconsciente,* (20ª edição), Editora Record, Rio de Janeiro, 1963 MUUS, Rolf. *Teoria da Adolescência,* Interlivros, Belo Horizonte, MG, 1974
NOGARE, Pedro Valle. *Humanismos e Anti-humanismos, Introdução à Antropologia Filosófica, T* edição, 1982
NUTTIN, Joseph. *Psicanálise e Personalidade,* Ed. Agir, Rio de Janeiro, 1972
OLIVEIRA, Décio Rufino de. *Fenômenos Parapsicológicos e Energia Consciente,* Ed. Padrão, 1969 OLIVEIRA, Edméia da Conceição Faria, *Ajude-me a Ser,* Ed. Lutador, Belo Horizonte
------. *O Dever de Sentar-se* (Diálogo conjugal — Equipe de N.
Sra.), Ed. Paulinas, São Paulo, 1983 OLIVEIRA, José Fernandes, *Pe.* (Padre Zezinho). *A Comunidade Jovem,* Ed. Paulinas, São Paulo, 1973 OTTO, Rudolf. *Das Heilige,* Ed. Preslau, Paris, 1949
PADOVANI, Umberto e CASTAGNOLA, Luiz. *História da Filosofia,* 8[1] edição, Ed. Melhoramentos, São Paulo, 1969 PAIXÃO, Paulo. *Irmão Vitrício e a Letargia,* Rio de Janeiro, 1959, São Paulo, 1978
PEALE, Norman Vincent. *Pensamento Positivo para o Nosso Tempo,* Ed. Cultrix, S. Paulo, 1978 PENFIELD, Wilder. *O Mistério da Mente,* Atheneu Editora, São Paulo, SP
PERKINS, Mary e RYAN, John. *Amor e Sexo,* Ed. Paulinas, Caxias do Sul, 1971
PFROMM NETTO, Samuel. *Psicologia da Adolescência,* Ed. Bisor- di, São Paulo, 1974 PHILLIPS, Kaufer. *Os Princípios da Aprendizagem na Terapia Comportamental* (vols. I e II)
PIAGET, Jean. *Desenvolvimento das Percepções em Função da Idade,* Editora Forense, Rio de Janeiro, 1969
------. *Psicologia da Criança,* Ed. Paulinas, São Paulo, 1978
. *Sabedoria e Ilusões da Filosofia* (cap. II: Ciências e Filosofias, cap. III: O Falso Ideal de

Um Conhecimento Supracien- tífíco, cap. IV: As Ambições da Psicologia Filosófica), Ed. Difusão Européia do Livro, São Paulo, 1969
------. *Seis Estudos de Psicologia,* Ed. Forense, Rio de Janeiro,
1978
------. e FRAISSE, P. *Tratado de Psicologia Experimental,* Rio
de Janeiro, 1969
PUNCERNAU, R. *Sofrologia Científica,* Produciones Editoriales, Barcelona, 1976
QUEVEDO, O. G. *As Forças Físicas da Mente,* Ed. Loyola, São Paulo, 1968
------. *O Poder da Mente Humana,* Ed. Loyola, São Paulo
QUOIST, Michel. *Construir o Homem e o Mundo,* Livraria Duas Cidades, São Paulo, 1960 RABUSKE, Edvino A. *Antropologia Filosófica,* Grafosul, Porto Alegre, 1981
RAHNER, R. *O Homem e a Graça,* Ed. Paulinas, São Paulo, 1970 RAPPAPORT, Clara Regina. *Teorias do Desenvolvimento,* Volume I, EPU, São Paulo, 1981
REDENTOR do Homem. *Carta Encíclica do Sumo Pontífice João Paulo II,* Ed. Loyola, 1979 REESE, Ellen P. *Análise do Comportamento Humano,* Ed. José Olympio, São Paulo, 1968
REINDELL, Achim Petzold Ernst. *Klinische Psychosomatik,* Ed.
Quelle e Meyer, Heidelberg, Deutschland, 1980 RHINE, J. B. *Novas Fronteiras da Mente,* Ibrasa, São Paulo
. e BRIER, R. *Novas Perspectivas da Parapsicologia,*
Cultrix, São Paulo, 1968 ROBINSON, Laura e Charles. *Educação Sexual e Conjugal,* Ed.
Loyola, São Paulo, 1977 ROGERS, Carl R. *A Pessoa Como Centro,* EPU, São Paulo, 1977
. *Tornar-se Pessoa,* Ed. Martins Fontes, 1961
SALVADOR, Ângelo Domingos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Bibliográfica,* Sulina, P. Alegre, 1978
SCHLUPP, Walter O. *Conceitos Fundamentais da Logoterapia* — Apostila do I Encontro Latino-Americano Humanístico-Exis- tencial
SCHNEIDER, Kurt. *Psicopatologia Clínica,* Ed. Mestre

Jou, São Paulo, 1965
SCHOENFELD, Keller. *Princípios de Psicologia,* Herder, São Paulo, 1966
SHAMES, Richard e STERIN, Chuck. *A Cura Pelo Poder da Mente,* Editorial Nórdica, Rio de Janeiro, 1978
SMULDERS, P. S. J. *A Visão de Teilhard de Chardin,* Ed. Vozes, Petrópolis, 1965
SNOEK, Jaime. *Ensaio de Ética Sexual,* Ed. Paulinas, São Paulo, 1982 STOETZEL, Jean. *Les Valeurs du Temps Present — une enquete europeène,* Presses Universitaires de France, Paris, 1983 SZASZ, Thomas S. *O Mito da Doença Mental,* Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1979
TAKASHIMA, Hiroschi, M. D. *Psychossomatic Medicine and Lo- gotherapy,* Dabor Science Publication, New York, 1977 TELFORD, Charles e SAWREY. *O Indivíduo Excepcional,* Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1979
TEPE, Valfredo, *Dom. Diálogo e Auto-Realização,* Ed. Vozes, Petrópolis, 1965
. *O Sentido da Vida,* Editora Mensageiro da Fé, Bahia, 1966
TOCQUET, Robert. *Os Poderes do Homem. Um Balanço do Paranormal,* Ibrasa, São Paulo, 1967 TOTH, Tihamer, *Dom. Casamento e Família,* Ed. Vozes, Petrópolis, 1965
TROCQUER, René We., S. J. *Que é o Homem: Ensaio de Antropologia Cristã,* Ed. Flamboyant, São Paulo, 1960
STUDY Biological Sciences Curriculum, *Biologia das Moléculas do Homem,* Vol. I e Vol. II, Editora São Paulo, São Paulo
VALLE, Edenio, *Pe. Educação e Massificação,* Ed. Paulinas, São Paulo, 1979
VAN den BERG, J. H., Prof. Dr. *Pequena Psiquiatria*, Ed. Mestre Jou, São Paulo, 1966
VISCOTT, David. *A Linguagem dos Sentimentos,* Ed. Planimpress, 1982
WACH, Joachim. *Comparative Study of Religions,* Columbia Uni- versity, 1958
WEIL, Pierre. *As Fronteiras da Regressão*, Ed. Vozes, 1977, 105 p.
. *Psicologia Aplicada,* Ed. Nacional, São Paulo, 1961

WEHEIMER, Michael. *Pequena História da Psicologia,* Ed. Nacional, São Paulo, 1977
WHIET, V., OP. *God and the Unconcious,* The Harvill Press, London, 1963
ZANCHETTA, Maria Luiza, *Irmã. Ancestrais, Vida Intra-Uterina e Libertação do Homem,* Editora Berthier, Passo Fundo, RS, 1979

CURRICULUM VITAE

GISELA RENATE JOST DE MORAES

Brasileira, nascida no Rio Grande do Sul, psicóloga e escritora, criadora da Abordagem Direta do Inconsciente ou ADI e do Método TIP ou da Terapia de Integração Pessoal, que é a aplicação terapêutica da ADI a pacientes com sintomas psicossomáticos.

Fundadora da clínica pioneira do Método TIP, o IMEP ou Instituto de Medicina Psicossomática, onde, através da atuação de psicólogos e médicos até fins de 1991, já se havia atendido a mais de dez mil pacientes.

Instituidora da FUNDASINUM - Fundação de Saúde Integral Humanística, a entidade-escola de especialização de profissionais, cujos objetivos são também o atendimento a pessoas carentes de recursos,

a pesquisa e a estatística.

Autora de "As Chaves do Inconsciente" (Ed. Agir, 9ª edição) e de "O Inconsciente sem Fronteiras" (Ed. Vozes)
.ANTECEDENTES:

- **Curso de Enfermagem como residente de hospital (24 meses).**

- **Curso de Serviço Social - PUCRS. Trabalho de conclusão de curso: Problemas pessoais e reintegração social do hanseniano (pesquisa de campo e planejamento).**

- **Trabalho social junto** à **Secretaria de Saúde (RS) e junto** à **Secretaria de Serviços Sociais (Brasília).**

- **Membro do Conselho Nacional de Serviço Social do Ministério de Educação (Brasília).**

- **Trabalho junto à pastoral familiar (15 anos). Atendimento a casais, jovens, noivos. Cargos de coordenação, trabalhos de grupo, palestras, encontros, artigos e publicação do livreto para jovens “Amor, Sexo, Moral - o que valeu para ontem, valerá ainda hoje?”**

- **Condecoração pelo Papa Paulo VI com a medalha de ouro e a designação de “Singular benfeitora da causa cristã”.**

- **Curso de Psicologia e pós-graduação “lato sensu”.**

- **Implantação de clínicas psicossomáticas em**

vários Estados do Brasil.

- **Participação como expositora do tema inaugural do Congresso de Medicina e Parapsicologia (Rio, 1979), e lançamento dos livros “Terapia Noossofrológica” e “Psicoterapia do Mon- golóide”.**

- **Especialização em Logoterapia de V. Frankl. Participação em Congressos na Alemanha (1981, 1983). Curso com V. Frankl na Policlínica de Viena. Congressos no Brasil e na Argentina. Cursos periódicos em Porto Alegre (RS).**

- **Exposição do tema “Terapia de Integração Pessoal e Logoterapia” (Congresso de Logoterapia - Rio, 1984).**

- **Ex-membro da diretoria da Sociedade Latino-**

Americana de Logoterapia.

- **Participação no congresso de cientistas engajados em Institutos de Bioética (Holanda, 1984).**

- **Exposição do tema "Aspectos psicológicos e aborto na adolescência' ' no V Congresso Brasileiro de Adolescência (BH, 1993).**

Realização de cursos sobre a Metodologia TIP e a ADI em diversos Estados e Capitais do Brasil

.Na Europa, em 1981, 83 e 84, ampliou seus conhecimentos sobre Logoterapia, participando de um curso com Viktor Frankl na Policlínica de Viena, do III Congresso Mundial de Logoterapia de Regensburg, do V Congresso Mundial de Logoterapia em Buenos Aires e de diversos seminários de Logoterapia no Brasil. No I Encontro Latino-Americano de Logoterapia realizado no Rio de Janeiro apresentou trabalho sobre TIP e Logo-terapia. Na Holanda, em 1984, participou de um Congresso de Bioética.

É fundadora do método de tratamento psicossomático de abordagem direta do inconsciente, a *Terapia de Integração Pessoal* (TIP) — objeto deste livro — aplicado no Instituto de Medicina Psicossomática por uma equipe de médicos, psicólogos, pedagogos, assistentes e auxiliares. Criou a FUN- DASINUM — Fundação de Saúde Integral Humanística — através da qual realiza cursos, treina novos profissionais n$ método TIP e atende a pessoas carentes. Foi condecorada por S. Santidade o Papa Paulo VI com a medalha de ouro e com a designação de *singular benfeitora da causa cristã*

.AS CHAVES DO INCQ é o resultado do trabalhè *Renaíe Jost de Moraes* **que j TIP - Terapia de Integi**

Através dos resultados obtidos em clínica, a autora elaborou uma metodologia para a abordagepi direta do inconsciente, cuja filosofía e técnica terapêutica estão agora divulgadas em linguagem cls mas cientifica, que permite a médicos, psicólogos, assistentes sociais, pais e educadores o acesso a novas informações sobre o inconsciente humano e sua ação em nossa vida psíquica e social.

A TIP é um tratamento integral ‘ ‘ psiconoossomático ’ ’, cuja orientação humanística em muito se aproxima da fundamentação antropológica de Viktor Frankl.

Livro polêmico que renova conceitos é derruba tabus, AS CHAVES DO INCONSCIENTE é leitura indisi para quem deseja conhecer idéias atuais em Psicc

ISBN flS-ES0-D3St-a